BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1855-1856.

TOME SIXIÈME.



PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1856

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

D

E

G

H

I

J

K

L

P

R

S

T

U

V

Présentation de malades.

Présentation de pièces pathologiques et dessins.

Tuberculc du tibia. Forget, 45.
Rétrécissement urétral. Monod, 47.
Exostose de la mâchoire inférieure. Forget, 58.
Id. id. id. Maisonneuve, 59.
Granulations intra-utérines. Maisonneuve, 59.
Fracture de côte, déchirure de l'œsophage. Deguise fils. 71.
Encéphalocèle de la région fronto-nasale. Blot, 73.
Scoliose dorso-lombaire. Fano, 80.
Luxation de la hanche. Chassaignac, 104.
Cancer du maxillaire supérieur. Desormeaux, 187.
Tumeur de la région parotidienne. Gosselin, 195.
Fractures intra-utérines multiples. Broca, 208.
Polype utéro-folliculaire. Follin, 223.
Enchondromes du pied. Demarquay, 231, 235.
Grossesse gémellaire. Danyau, 252.
Polype fibreux des fosses nasales Chassaignac, 253.
Tumeurs du sein. Maunoury, 262.
Fracture en V de la jambe. Gosselin, 262.
Entérolithes intestinaux. Cloquet, 267.
Difformités. Berhend, 267.
Testicule cancéreux. Vidal, 267.
Ankylose de la hanche, balle enclavée. Larrey, 268.
Fractures du tarse et du bassin. Chassaignac, 281.
Ankylose du genou. Bourguet, 282.
Amputation sus-malléolaire. Marjolin, 315.
Ostéomyélite du fémur. Chassaignac, 325.
Cancer de la mamelle chez l'homme. Huguier, 336.
Amputations du pied. Huguier, 336.
Perforation de l'œsophage par une pièce de monnaie. Denonvilliers, 386.
Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille. Denonvilliers, 349.
Amputation tibio-tarsienne. Verneuil, 401.
Exostose pédiculée du tibia. Broca, 441.
Moignon d'amputation tibio-tarsienne. J. Roux, 460.
Ostéosarcome du maxillaire supérieur. Larrey, 460.
Exostose éburnée des fosses nasales. Lenoir, 468.
Calcul urétral. Lenoir, 471.
Lipôme de la région lombaire. Demarquay, 473.
Fracture du bassin, perforation intestinale. Larrey, 473.
Ostéomyélite de la jambe. Houzelot. 481.
Squelette de pied plat. Delacour, 581.
Tumeur érectile du front. Guersant, 493.
Synovite fongueuse purulente. Chassaignac, 493.
Cancer de la langue. Larrey, 494.
Lipôme de la cuisse. Marjolin, 495.
Kyste de l'os maxillaire inférieur. Maisonneuve, 503.
Séton à la nuque. Bouvier, 503.

Cancer prévertébral. Larrey, 504.
Phlegmon péri-utérin. Morel-Lavallée, 528.
Col utérin amputé. Chassaignac, 556.
Tumenr du sein. id. 569.
Tumeur du poignet. Larrey, 588.

Présentation d'instruments et appareils.

Porte-ligature pour les polypes pharyngiens. Didot, de Liége, 82.
Ostéotomes, scies, instruments à résections. Nirops, de Copenhague, 108.
Sonde fenêtrée. Guersant, 124.
Instruments pour la cure radicale des hernies. Rothmund, 146.
Craniotome. H. Blot, 180.
Pâte caustique à la gutta-percha. Maunoury, 229.
Appareil anesthésique. Rigal, 258.
Bras artificiel. Larrey, 269.
Couteau à cataracte. Ad. Richard, 282.
Appareil contre l'incontinence d'urine. Plouviez, 302.
Urétrotome conducteur. Boinet, 348.
Bistouri. Lüer, 428.
Appareil à fracture de jambe. Lemeaux, 480.
Bandage herniaire. Féron, 480.

Rapports, candidatures, élections, travaux des correspondants.

Les membres correspondants de la Société ont fait diverses lectures ou présentations qui ont souvent été l'occasion de discussions importantes.

Quelques-uns seulement de nos collègues de province ont pris part à nos travaux ; ce sont : MM. Bonnet, Chapel, Clot-Bey, Diday, Goyrand, Houzelot, Letenneur, Legouest, Maunoury, Plouviez, Rigal, J. Roux, Serre (d'Alais), Th. Valette.

Dix observations intéressantes nous ont été adressées par des praticiens sans demande de candidature. Les auteurs sont : MM. Azam, Delacour, Fournier, interne des hôpitaux, Gillebert d'Hercourt, Herbert, Leclerc, Letorsay, Reverdit, Tassard.

Indépendamment de MM. Depaul et Fano, plusieurs candidats nouveaux se sont présentés pour la place de membre titulaire, ce sont MM. Bauchet, Foucher, Trélat.

Un nombre notable de rapports ont été lus sur des travaux manuscrits ou imprimés. Ces rapports, ainsi que les travaux inédits qu'ils ont pour objet de faire connaître, se retrouvent dans les bulletins, seront imprimés dans les mémoires ou sont honorablement déposés aux archives, où on pourra les consulter.

Voici l'indication des rapports :

Rapport de M. Broca sur M. Pauli, de Landau. Syphilis, 58, 76.
— Larrey sur M. Clot-Bey. Éléphantiasis, 80, 107, 111.
— Cullerier sur M. Hammer. Syphilis, 124.

Rapport de M. Debout sur M. Desgranges. Injections coagulantes, 146.
— Monod sur M. Cazenave. Sujets divers, 151.
— Gosselin sur M. Bardinet. Id. id. 151.
— Follin sur M. Coste. Tumeur de l'aisselle. 208, 213.
— Larrey sur M. Legouest. Amputation coxo-fémorale, 229.
— — sur M. Sands-Cox. Id. id. 324.
— — sur M. Riberi. Sujets divers, 431.
— Richet sur M. Sirus-Pirondi. Syphilis, 306.
— Guersant sur M. Bouchacourt. Atrésie vulvaire, 316.
— Giraldès sur l'enchondrome du testicule, 365.
— Michon sur M. Drouineau. Sujets divers, 367.
— Al. Guérin sur M. Dupierris. Id. 512.
— Verneuil sur M. Decès. Ligature d'artères, 532.
— Al. Guérin sur M. Bourjeaurd. Bandage herniaire, 574.

Ces rapports ont valu l'adjonction de douze membres correspondants : MM. Clot-Bey, 111; Hammer, 144; Desgranges, 151; Bardinet, 154; Coste (de Marseille), 218; Legouest, 237; Sirus-Pirondi, 316; Bouchacourt, 324; Hannover, 324; Sands-Cox, 336; Drouineau, 367; Dupierris (21 mai 1856).

M. Cazeaux est devenu membre titulaire, 48; et M. Riberi associé étranger, 415.

La Société a perdu deux membres honoraires, Gerdy et Vidal; deux associés étrangers, G. Ballingall et Guthrie.

En revanche de nombreux candidats sollicitent le titre de membres correspondants. Beaucoup de travaux adressés cette année attendent leur rapport. Voici l'indication de leurs auteurs :

E. L. Bertherand, W. Boeck et Danielsen, Bourguet, Brulé, Clerc, Cornaz, Costantini, Crocq, Dujardin, Fabri, Friedberg, Fleury (de Clermont), Joire, Lambron, Leclerc, Mathyssen, Mattei, Mavel, Mordret, Rambert, Ranzi, Reybard, Ripoll, Salmon, Silbert, Sperino.

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

F

G

H

J

L

M

N

P

R

S

T

V

W

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ

DU 1er JUILLET 1855 AU 1er JUILLET 1856.

1719. — HUTIN (Félix). Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus, mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine, 12 décembre 1854. Paris, G. Baillière, 1855, in-4° br. (Aut.)

1720. — SIRUS-PIRONDI. Des maladies qui ont régné à Marseille depuis le 1er décembre 1852 jusqu'au 30 octobre 1853, rapport présenté à la Société impériale de médecine. Marseille, 1854, in-8° br. (Aut.)

1721. — SIRUS-PIRONDI. De la tumeur blanche du genou et de la manière de la guérir, spécialement par le muriate de baryte. 2e édit. Paris, Just Rouvier, 1856, in-8° br. (Aut.)

1722. — SIRUS-PIRONDI. Congrès scientifique de France (14e session), compte rendu des travaux de la section des sciences médicales sur la peste et les quarantaines. Marseille, 1847, in-8° br. (Aut.)

1723. — SIRUS-PIRONDI. Une visite aux hôpitaux de Turin. Marseille, 1847, in-8° br. (Aut.)

1724. — VIDAL (de Cassis). Traité des maladies vénériennes. 2e édit. Paris, Victor Masson. 1 vol. in-8° br., fig. (Aut.)

1725. — MERCIER (Auguste). Mémoire historique sur divers points de la pathologie urinaire. Paris, in-8° br. (Aut.)

1726. — BOUVIER. Mémoire sur la détermination des véritables caractères des plaies sous-cutanées, Archives de médecine, juillet 1855. Paris, in-8° br. (Aut.)

1727. — LECADRE. Essai sur la névralgie intercostale. Paris, Baillière, 1855, in-8° br. (Aut.)

1728. — SILBERT (d'Aix en Provence). Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel, comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, et le meilleur moyen de le déterminer. Paris, V. Masson, 1855, in-8° br. (Aut.)

1729. — GUILLON. Lettre à l'Académie nationale de médecine sur la méthode du docteur Guillon pour la guérison complète et radicale des rétrécissements fibreux de l'urètre, considérés comme incurables; suivie du rapport fait par M. Lagneau à l'Académie de médecine. Paris, 1850, in-8° br., fig (Aut.)

1730. — DEVENTER (Henri). Operationum chirurgicarum novum lumen exhibentium obstetricantibus pars prima ac secunda. Prima qua fideliter manifestatur ars obstetricandi et quidquid ad eam requiritur. Pars secunda qua exhibet ulterius examen partium difficilium ut lapidem lydium et clypeum obstetricum. Lugduni Batavorum, Verbeek, 1 vol. in-4°, portrait, figures (M.)

1731.— Evertze (Petrus). Memoria demonstrationis organi chyliferi. Thèse. Lugduni Batavorum, Luchtmans, 1708, in-4° cart., figures (M.)

1732.— Narcissus (Franciscus Jacobus). De generatione et receptaculis chyli. Thes. inaug. Lugduni Batavorum, Wishof, 1742, in-4° cart., fig. (M.)

1733. — De Melle (Christophe-André). De vi vitali quoad medicinam et ex illa morbi oriuntes. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1761. (M.)

1734. — Bonn (André). De continuationibus membranarum. Th. inaug Lugduni Batavorum, 1763, in-4°, fig. (M.)

1735. — Ysermans (Cornelius). De vesica urinaria ejusque ulcere. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1765, in-4°. (M.)

1736. — Lentfrinck (Albert). De fabricâ oculi, ejusque usu tam præsente quam absente lente crystallina. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1763, in-4°. (M.)

1737. — Van Noemer (Petrus). De fabrica et usu omenti. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1764, in-4°. (M.)

1738. — Pelerin (Henri). De incremento corporis humani. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1765, in-4°. (M.)

1739. — Van Rhyn (Corn.-Gérard). De motu peristaltico in genere. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1765, in-4°. (M.)

1740. — Leroy d'Étiolles. Rapport fait à l'Académie des sciences sur un Mémoire de M. Leroy d'Étiolles relatif à l'insufflation du poumon considérée comme moyen de secours à donner aux personnes noyées ou asphyxiées, par M. Magendie, suivi d'un Mémoire sur l'application du galvanisme aux hernies étranglées et aux étranglements internes. Paris, G. Baillière, 1842, in-8° br. (M.)

1741. — Ehrmann (C. H.). Nouveau catalogue du Musée d'anatomie normale et pathologique de la Faculté de médecine de Strasbourg. Strasbourg, Levrault, 1843, 1 vol. in-8° br. (M.)

1742. — Otto (Adolp.-Wilhem). Neues Verzeichniss der anatomischen Sammlung des Königl. Anatomie Instituts zu Breslau. — Breslau, Ferd. Hirt, 1 vol. in-8° br. (M.)

1743. — Huon. Rapport succinct de l'opération de la fistule compliquée de la constriction spasmodique des sphincters interne et externe du rectum. Marseille, 1847, in-8° br. (M.)

1744. — Mattei (A.). Essai sur l'accouchement physiologique. Paris, V. Masson, 1855, 1 vol. in-8° br., fig. (Aut.)

1745. — Fourquet (G.). Des rapports qui ont existé entre la médecine, la chirurgie et la pharmacie; des phases diverses qu'ils ont présentées principalement en France. Discours prononcé à l'ouverture de la séance publique de la Soc. imp. de méd. et de chirurg. de Toulouse, 13 mai 1855. Toulouse, 1855, in-8° br. (Aut.)

1746. — Rousset. Compte rendu des faits observés à la clinique d'accouchements de l'École de médecine de Bordeaux depuis le 1er mai 1854 jusqu'au 30 avril 1855. Bordeaux, 1855, in-8° br. (Aut.)

1747. — MARTIN (Ferdinand). Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des fractures du col et du corps du fémur, extrait de l'*Union médicale*, mémoire couronné par la Société centrale de médecine du Nord. Paris, G. Baillière, in-8° br., fig. (Aut.)

1748. — ALQUIÉ (Alexis). Chirurgie conservatrice et moyens de restreindre l'utilité des opérations. Montpellier, 1850, 1 vol. in-8°, fig. (Aut.)

1749. — ALQUIÉ (Alexis). Doctrine médicale de Montpellier ou principes de cette école. 4e édit. Montpellier, Ricard, 1850, 1 vol. in-8° fig. (Aut.)

1750. — SPERINO. Esame critico del rapporto della commissione incaricata dalla r. Academia medico-chirurgica di Torino di studiare la sifilizzazione applicata all' uomo, come mezzo curativo e preservativo delle malattie venerie a stato attuale della quistione. Torino, 1854, in-8° br. Comprend en outre :

1751. — SPERINO. La sifilizzazione diffesa, ossia riposta al Sr Freschi. Torino, 1853.

1752. — SPERINO. La syphilisation à l'académie de Turin, lettre à M. de Castelnau, rédacteur du *Moniteur des Hôpitaux*. Turin, 1854, in-8° br. (Aut.)

1753. — CLOQUET (Jules). Mémoire sur les fractures par contre-coup de la mâchoire supérieure, lu à la Société de l'École de médecine le 13 avril 1820. Paris, Béchet, 1820, in-8° br., fig. (M.)

1754. — VOISIN (Félix). Du Bégaiement. Ses causes; ses différents degrés; influence des passions, des sexes, des âges, etc., sur ce vice de prononciation; moyens thérapeutiques pour prévenir, modifier ou guérir cette infirmité. Paris, Croullebois, 1821, in-8° br. (M.)

1755. — DEMANGEON (J. B.). Considérations physiologiques sur le pouvoir de l'imagination maternelle durant la grossesse et sur les autres causes prétendues ou réelles des difformités et des variétés naturelles. Paris, 1807, in-8° br. (M.)

1756. — VERDIER (P. L.). Mémoire sur un appareil compressif de l'artère iliaque externe dans le cas d'anévrisme inguinal, lu à l'Ac. roy. de méd. 22 fév. 1822. Paris, 1823, in-8° br., fig. (M.)

1757. — CHAUSSIER. Exposition sommaire des muscles du corps humain suivant la classification et la nomenclature méthodiques adoptées au cours public d'anatomie de Dijon. Dijon, 1789, in-8° br. (M.)

1758. — LE SAUVAGE, de Caen. Recherches sur le développement, l'organisation et les fonctions de la membrane caduque. Extrait des Archives de médecine. Paris, in-8° br. (M.)

1759. — MOREAU (F. J.). Considérations sur les perforations du périnée et sur le passage de l'enfant à travers cette partie, lues à l'Acad. roy. de méd. le 1er juin 1830. (M.)

1760. — SOUBERBIELLE. Lettre à l'Académie des sciences sur la statistique des affections calculeuses, présentée par M. Civiale dans la séance du 26 août 1833. Suivie des :

1761. — Renseignements adressés à l'Académie des sciences sur quelques points de la statistique des affections calculeuses, présentés par M. Civiale. Paris, 1833, in-8°. (M.)

1762. — Bricheteau. De la compression, de son usage dans les hydropisies, et particulièrement dans l'ascite. Extrait des Archives de médecine. Paris, in-8° br. (M.)

1763. — Carette (Aug.-Nicolas). Dissertation sur la hernie sus-pubienne ou inguinale. Paris, an xi, 1803. Th. inaug., in-8° br. (M.)

1764. — Giraud (B.). Propositions de chirurgie clinique. Th. inaug. Paris, an xi, 1803, in-8° br. (M.)

1765. — Hybord (Claude-Phil.). Dissertation sur l'anévrisme de l'artère poplitée. Paris, an xi, 1803, in-8° br. (M.)

1766. — Faissole de Champeaux. Expériences et observations sur la cause de la mort des noyés et les phénomènes qu'elle présente. Comprend la réponse de Louis. Lyon, 1768, in-8° br. (M.)

1767. — Philipeaux (R.). De l'incision d'avant en arrière des rétrécissements du canal de l'urètre qu'on ne peut dilater au delà de 3 millimètres de diamètre, à l'aide du scarificateur perforé de M. Bonnet, de Lyon. 2 feuilles in-4° br. Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*. (Aut.)

1768. — Chassaignac. Mémoire sur la résection de la clavicule avec observation d'un cas dans lequel cette opération a été faite avec succès par un nouveau procédé. Extrait de la *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir*. Paris, V. Masson, in-8° br. 2 exemplaires. (Aut.)

1769. — Chassaignac. Mémoire sur l'ostéo-myélite, lu à l'Académie des sciences dans la séance du 21 novembre 1853. Paris, 1854, in-8° br. 2 exemplaires. (Aut.)

1770. — Chassaignac. Traitement chirurgical de l'anus contre nature par la suture directe. Considérations pratiques sur les hernies latentes; emploi des injections iodées dans les fistules intestinales. Extrait des *Archives générales de médecine*, mai 1855. Paris, Rignoux, 1855, in-8° br. 2 exemplaires. (Aut.)

1771. — Guitard. Les courants électriques peuvent-ils se charger des matières pondérables médicamenteuses et les faire passer dans l'organisme? Mémoire lu à la Société de médecine de Toulouse. In-8° br. (Aut.)

1772. — Fabbri (Giambatista). Memorie di chirurgia sperimentale sulle lussazioni traumatiche del femore. Lette nelle sedute del 1° settembre e 1° ottobre 1840, della Societa medi-chir. di Bologna. 1 vol. in-4° br., fig. Ext. du vol. II de la Société. (Aut.)

1773. — Fabbri (Giambatista). Studi sulle lussazioni posteriori del femore di Malgaigne sunto e reflessioni. Bologne, 1854, in-8° br. (Aut.)

1774. — Fabbri (Giambatista). Studi sulle lussazioni posteriori del femore di Malgaigne sunto e reflessioni. Bologne, 1854, in-8° br. (Aut.)

1775. — Le Grand, du Saulle. De l'hystéro-épilepsie. Observation d'un cas très-rare Paris, 1855, in-8° br. 2 exemplaires. (Aut.)

1776. — Martin (C.-Ernest). Des lésions des artères intercostales. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855, in-4° br. 2 exemp. (Aut.)

1777. — Broca (Paul). Propriétés et fonctions de la moelle épinière; rapport sur quelques expériences de M. Brown-Sequard, lu à la Société de biologie le 21 juillet 1855. Paris, in-8° br. (Aut.)

1778. — Charrière. Notices sur les instruments et appareils de chirurgie, sur la coutellerie, et sur divers moyens de fabrication présentés à MM. les membres des jurys de l'exposition universelle de Paris en 1855. Paris, 1855, in-8° carton., fig. (Aut.)

1779. — Foucaud de l'Espagnery. Traité du visage et de ses maladies cutanées. Paris, Labé, 1855, in-8° br. (Aut.)

1780. — Bouquerot (J. P. Ernest). Lésions traumatiques du rachis et de la moelle épinière, précédées de quelques considérations anatomo-physiologiques. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855, in-4° br. (Aut.)

1781. — Muller (Joh. Christianus). De adjumentis et impedimentis partus humani. Erfordiæ, 1738, in-4°. Th. inaug., relié. Offert à la Société de chirurgie par M. Marjolin, depuis le n° 1781 inclus jusqu'au n° 1873 inclus.

1782. — Thierry (Johan. Michael.). De partu difficili a mala conformatione pelvis. Th. inaug. Argentorati, 1764, in-4° relié.

1783. — Meyer (Franc. Anto.). De partu difficili et laborioso. Th. inaug. Argentorati, 177, in-4° relié.

1784. — Cretzel (André-Godefroy). Historia partus impediti ex membrana tendinosa os uteri internum arctante. Th. inaug. Altdorfi, 1761, in-4° rel.

1785. — Weyer (Petrus Georgius). De partu præternaturali propter clunes ad os uteri conversas. Th. inaug. Argentorati, 1773, in-4° relié.

1786. — Pelizoeus (Benedictus). De partu difficili ex positura uteri obliqua. Argentorati, 1758. Th. inaug., in-4° relié.

1787. — Lohnerus (Bernhardus). De partu difficili. Th. inaug. Iena, 1675, in-4° relié.

1788. — Heinze (Johan. Georg.). De extractione fœtus perversi ex utero post aquarum effluxum compresso. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ. In-4° relié.

1789. — Bounder (Petrus). Nova methodus removendi a partu omnia quæ præviderí possunt obstacula. Th. inaug. Argentorati, 1775, in-4° relié.

1790. — Erasmus (Johfrede). De partu difficili ex capite infantis etiam prævio. Th. inaug. Argentorati, 1747, in-4° relié.

1791. — Landis (Henri). Varia partus impedimenta ex capitis vitio. Th. inaug. Iéna, 1757, in-4° relié.

1792. — Heins (Antonius). De capitonibus laborioso partu nascentibus. Th. inaug. Lipsiæ, 1743, in-4° relié, figures.

1793. — Haller (Albertus) Morbos aliquos ventriculi in cadaveribus observatos describit. Cette pièce est l'invitation à la thèse d'Armbster. A Gœttingue. De paragomphosi capitis fœtus in partu. Gœttingue, 1749, in-4° relié.

1794. — Engelhard (Johan. Freder.). De partu difficili et præternaturali ob depravatum fœtus situm cum suppressione lochiorum conjuncto. Th. inaug. Argentorati, 1779, in-4° relié.

1795. — Reuss (Carol. Ludov. Guil.). De partu difficili et prævia facie fœtus fronte laterali. Th. inaug. Argentorati, 1777, in-4°, relié.

1796. — PEGELON (Daniel-Gothelf-Dieterich). De fœtu brachio in partu prodeunte. Th. inaug. Argentorati, 1772, in-4° relié.

1797. — BUSCH (Johannes Jacob.). De partu naturali difficili propter humerorum iniquum situm. Th. inaug. Argentorati, 1775, in-4° relié.

1798. — LEONTOWITSCH (Sabbas). De partu præternaturali ex vitiis trunci fœtus orto. Th. inaug. Argentorati, 1766, in-4° relié.

1799. — NUERNBERGERUS (Christia. Frid). De vitâ fœtuum excludendorum per manum obstetricantem ex ossium fractura nou periclitante. Th. inaug. Vittebergæ, 1788, in-4° relié.

1800. — GEHLER (Joannes Carol.). Panegyris medica. De meconii in partu effluxu dubio fœtus mortui signo. Lipsiæ, 1790, in-4° relié.

1801. — CHEMNITIUS (Samuel). De extractione fœtus mortui ex utero materno. Th. inaug. Ienæ, 1677, in-4° relié.

1802. — JÆGER (Christia. Frider.). Observationes de fœtibus recens natis jam in utero mortuis et putridis cum subjuncta epicrisi. Th. inaug. 1767, in-4° relié.

1803. — HARRER (Joan.-Christo.). De partu serotino valde dubio. Th. inaug. Gœttingæ, 1767, in-4° relié.

1804. — KNOLLE (Frédéric). De artis obstetricæ historia: Th. inaug. Argentorati, 1773, in-4° relié.

1805. — GRUNER (Christian-Godef.). Neque eros, neque trotula sed salernitanus quidam medicus, isque christianus, auctor libelli est qui de morbis mulierum inscribitur, prolusio. Ienæ, 1773, in-4° relié.

1806. — FRIED (Johan. Henri.). De jure obstetricum, secundum statuta Argentoratensia. Th. inaug. Argentorati, 1758, in-4° relié. Il y en a deux exemplaires.

1807. — HOLLING (Henri-Daniel). De officio obstetricantium in partu naturali et cauto remediorum illum promoventium usu. Th. inaug. Argentorati, 1638, in-4° relié.

1808. — RUYSCH (Frédéric). Tractatio anatomica de musculo in fundo uteri observaio antehac a nemine detecto. Amstelodami, in-4° relié, fig. Ex belgio in latinum traducta a. J. Ch. Bohlio.

1809. — SCHOENFELD (Joan. Christ.). De uteri fabrica controversa. Th. inaug. Erlangæ, 1669, in-4° relié.

1810. — GILG (George-Wolfgang). De exploratione gravidarum ejusque utilitate et necessitate. Th. inaug. Argentorati, 1752, in-4° relié.

1811. — WOLF (Carol. Aug. Freder.). De multiplici commodo per accurate institutum orificii uterini explorationem obtinendo. Th. inaug. Wittenbergæ, 1788, in-4° relié.

1812. — WALTHER (Philippe-Jacob). De partu naturali ejusque vera causa. Th. inaug. Argentinæ, 1748, in-4° relié.

1813. — KECK (Ernest-Henri). De dolorum præcipue ad partum causis illorumque cura rationali. Th. inaug. Argentorati, 1740, in-4° relié.

1814. — SACHSE (Joan. Siegismund.). De doloribus partum promoventibus. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1762, in-4° relié.

1815. — Bonz (Christophe Gottlieb). De venæ sectione quatenus dolores ad partum augct. Th. inaug. Argentorati, 1763, in-4° relié.

1816. — Brunner (Joseph-Daniel). De partu præternaturali ob situm placentæ super orificium internum uteri. Th. inaug. Argentorati, 1730, in-4° relié.

1817. — Paulitz (Joseph-Théophile). De usu venæ sectionis in parturientibus. Th. inaug. Basileæ, 1750, in-4° relié.

1818. — Metzger (Joh. Ulric.). De utilitate medicamentorum pellentium in partu difficili. Th. inaug. Argentorati, 1747, in-4° relié.

1819. — Fontaine (Joan. Stephen). An gravidarum phantasiæ in corpore fœtus mutando efficacia multipotens. Th. inaug. Ponti-Mussanæ, 1767, in-4° relié.

1820. — Wegelin (Johan. Georg). De periculo gravidarum ex febribus. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1763, in-4° relié.

1821. — Hess (Joh. Rodolphe). De vomitu gravidarum. Th. inaug. Basileæ, 1751, in-4° relié. Voyez 2042.

1822. — Nordmann (Johan. Petrus). De ischuria gravidarum. Th. inaug. Argentorati, 1758, in-4° relié.

1823. — Staudt (Philipp.-Christ.). De venæ sectione in gravidis. Th. inaug. Argentorati, 1749, in-4° relié.

1824. — Hasfurt (Io. Georg.). De diæta puerperarum. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, in-4° relié.

1825. — Coschwitz (Georg. Daniel). De gravidarum et puerperarum. Necnon infantum recens natorum regimine et affectibus collegium theoretico-practicum, anno mortem intra privatos parietes habitum nunc publici juris factum et hinc indè habitis ab autore ipso discursibus auctum, cum præfatione editoris in qua singularis casus de femina oscitante cum sectione anatomica et annexa picrisi pertractatur. Lipsiæ, 1732, in-4° relié.

1826. — Saernow (Martin). De regimine gravidarum et puerperarum. Th. inaug. Vitembergæ, 1757, in-4°, relié. Sequitur:

1827. — Boehmer (Georg.-Andolp.). De melocacto ejusque in cereum transformatione præfatus panegyris medica. Witembergæ, 1757, in-4° relié.

1828. — Gehler (Iohan. Carol.). De fasciarum in puerperio nexu. Lipsiæ, 1785. Panegyris medica, in-4° relié.

1829. — Gutermann (Georg. Fred.). De mammis et lacte in qua status tam naturalis quam præternaturalis hujusque therapia rationalis. Th. inaug. Tubingæ, 1727, in-4° relié.

1830. — Engel (Christi. Maurice). De lactis suspecta præsentia in innuptis. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1741, in-4° relié.

1831. — Dolde (Joh. Jacob.). De colostro. Th. inaug. Basileæ, 1750, in-4° relié.

1832. — Scheinhardt (Jos. Theoph.). De vitiis lactis lactantium. Th. inaug. Argentorati, 1762, in-4° relié.

1833. — Sturm (Jos. Christ.) De metastasi lactea. Th. inaug. Argentorati, 1773, in-4°, relié. C'est le même sujet que 2020.

1834. — ARAUD (Franciscus). De purpura puerperarum. Gœttingæ, 1765, in-4°, relié.

1835. — MEYER (Josep. Mar.). De indole ac præservatione purpuræ præcipue puerperarum. Th. inaug. Basiliæ, 1767, in-4°, relié.

1836. — GUNTHER (Frédéric-Guill.). De prophylaxi purpuræ puerperarum. Th. inaug. Argentorati, 1748, in-4°, relié.

1837. — SCHNORR (Caro. Christ.). De venæ sectione in puerperis. Th. inaug. Sequitur. Lipsiæ, 1768, in-4°, relié.

1838. — LUDWIG (Christ. Gottlieb.). De cruore post venæ sectionem aucto vel imminuto. Panegyris medica. Lipsiæ, 1768, in-4°, relié.

1839. — ESPICH (Johan. Jacob.). De aquis in quibus tempore gestationis fœtus humanus quasi natat. Th. inaug. Halæ, 1769, in-4°, relié.

1840. — KOENIG (Frid.-Æmil.). De aquis ac utero gravidarum et parturientium profluentibus. Th. inaug. Halæ, 1769, in-4° relié.

1841. — ROCKSTROH (Georg.-Gottl.). Diversitatis funiculi umbilicalis ejusque deligationis contemplatio. Lipsiæ, in-4° relié.

1842. — GEHLER (Joan.-Carol.). De deligatione funiculi umbilicalis. Lipsiæ, 1784, in-4° relié. Panegyris medica.

1843. — SCHWEICKHARD (Christi.-Lud.). De nonne cessaria funiculi umbilicalis deligatione cum sua epicrisi. Th. inaug. Argentorati, 1769, in-4° relié.

1844. — FRENSDORFF (Marcus Phil.). De partu præternaturali ac difficili ob procidentiam funiculi umbilicalis. Th. inaug. Argentorati, 1749, in-4° rel.

1845. — RULHAND (Marcus Phil.). De partu præternaturali ac difficili ob procidentiam funiculi umbilicalis juxta caput. Th. inaug. Argentorati, 1775, in-4° relié.

1846. — HERTZ (Conrad-Auguste-Henri). De funiculo umbilicali vel intra uterum dissecando. Th. inaug. Helmstadii, 1767, in-4° relié, fig.

1847. — STUART (Petrus). Dissert. inaug. sistens secundinas salutiferas æque ac nocivas. Argentorati, 1736, in-4° relié.

1848. — HEINICKE (Guil. Joan.) De utero secundinas expellente. Sectio prior theoretica. Th. inaug. Lipsiæ, 1765, in-4° relié.

1849. — POHLIUS (Ioan. Christo.). De morbis contextus cellulosi in genere. Lipsiæ, 1765. Panegyris medica, in-4° relié.

1850. — SEILER (Carol. Aug.). De utero secundinas expellente. Sectio altera practica. Th. inaug. Lipsiæ, 1767, in-4° relié.

1851. — PLAZ (Ant.-Guill.). De cauta signorum mortis exploratione. Lipsiæ, 1767. Panegyris medica, in-4° relié.

1852. — SPANNAGES (Hermann-Francis). De solvendis et extrahendis secundinis. Halæ, 1769 Th inaug., in-4° relié.

1853. — APPUN (Ludov. Albert.). De non acceleranda secundinarum extractione. Gœttingæ. Th. inaug., 1768, in-4° relié.

1854. — DEISCH (Joan.-André). De necessaria in partu præternaturali instrumentorum applicatione. Th. inaug. Argentorati, 1740, in-4° relié.

1855. — CRANTZ (Henri-Népomucène). De re instrumentaria in arte obstetrica cum tribus observationibus. Th. inaug. Norimbergæ, 1757, in-4° relié.

1856. — Gisi (Joseph). De necessario instrumentorum in arte obstetrica usu. Th. inaug. Argentorati, 1775, in-4° relié.

1857. — Mettler (Joh. Rudolph.). De usu et abusu instrumentorum iu partu. Basileæ, 1757. Th. inaug., in-4° relié.

1858. — Laurent (Claude-Hilaire). De usu et abusu instrumentorum in arte obstetrica. Th. inaug. Argentorati, 1771, in-4° relié.

1859. — Frier (Emmanuel). De usu forcipis in partu. Th. inaug. Argentorati, 1771, in-4° relié.

1860. — Kunn (Carol. Gottl.). De forcipibus obstetriciis recens inventis. Lipsiæ. Th. inaug., 1783, in-4° relié.

1861. — Alsario della croce (Vincent). Disquisitio generalis ad historiam fœtus editi nonimestris quidem et organici sed e mortui, ac parvæ adeo molis, seu corpulentiæ, ut vix quadrimestris fuerit æstimatus. In adolescentula primara tam ante, quam post partum integra sanitate fruente. Romæ, 1627, in-4° relié.

1862. — Kubler (Abraham). De abortu. Th. inaug. Argentorati, 1711, in-4° relié.

1863. — Gerlach (André-Nicolas). De abortu ob chronicam et terminosam diarrhæam non semper metuendo occasione singularis casus. Th. inaug. Halæ. Magdeburgicæ, 1767, in-4° relié.

1864. — Burdach (Daniel-Christi). De læsione partium fœtus nutritioni inservientium abortus causa. Th. inaug. Lipsiæ, 1768, in-4° relié, fig.

1865. — J. N. L. Discursus medicus de abortu et medicamentis abortivis, item uterinis pellentibus quo medicamentorum uterinorum et imprimis abortivorum vis et qualitas, item an talia dentur? Quæ pro talibus venditentur? Et quid de illis sentiendum sit? Disquiritur varii casus recensentur et explicantur usque aliæ questiones ad hanc materiam spectantes dilucidantur. Ultza, 1735, in-4° relié.

1866. — Oberlin (Petrus Joseph.). De hæmorrhagia uteri. Th. inaug. Argentorati, 1767, in-4° relié.

1867. — Dolfus (Henri). De hæmorrhagiis gravidarum. Th. inaug. Basileæ, 1750, in-4° relié.

1868. — Wessel (Joseph-Nicolas). De partu cum hæmorrhagia ob placentam orificio uteri adhærentem. Th. inaug. Basileæ, 1753, in-4° relié.

1869. — Thurneysen (Joseph-Jacob). De causis hæmorrhagiarum uteri in gravidis. Th. inaug. Basileæ, 1751, in-4° relié.

1870. — Reichard (George-Gottofred). De hæmorrhagia uteri partum insequente. Th. inaug. Argentorati, 1755, in-4° relié.

1871. — Huguenin (Marcus). De atonia uteri post partum ejusque sequela hæmorrhagia. Th. inaug. Argentorati, 1770, in-4° relié.

1872. — Daneker (Joan. Philipp.). De hæmorrhagia molari. Th. inaug. Argentorati, 1725, in-4° relié.

1873. — Blin (François-Pierre). De sectione symphyseos ossium pubis, thes. pro prima apollinari laurea. Monspuellæ, Avenione, 1778, avec notes marginales, in-4° cart.

1874. — Clot-Bey. De la peste observée en Égypte; recherches et considérations sur cette maladie. Paris, V. Masson, 1840, in-8° br. (Aut.)

1875. — Clot-Bey (A. B.). Compte rendu de l'enseignement médical et du service de santé civil et militaire de l'Égypte, au commencement de mars 1849. Paris, V. Masson, 1849, in-4° br. (Aut.)

1876. — Clot-Bey (A. B.). Aperçu général sur l'Égypte. Paris, V. Masson, 1840. 2 vol. in-8° reliés, fig., cartes. (Aut.)

1877. — Scoutetten. Résumé des observations médico-chirurgicales faites à l'armée d'Orient. Metz, Jules Verronnais, 1855, in-8° br. (Aut.)

1878. — Letenneur. Quelques cas d'autoplastie faciale. Nantes, 1855, in-8° br., fig. (Aut.)

1879. — Hirschel (Jacobus Valentin.). De præcipuis partium fœtus ab illis adultorum differentiis. Th. inaug. Argentorati, 1729, in-4° relié. (Offert par M. Marjolin, depuis le n° 1879 jusqu'au n° 1898 inclus.)

1880. — Vautrin (Franciscus). Differentiæ fœtus et adulti. Th. inaug. Ponti-Mussanæ, 1768, in-4° relié.

1881. — Nymman (Grégoire). De vita fœtus in utero. Th. inaug. Witembergæ, 1627, in-4° relié.

1882. — Seger (Georges). Dissert. anatomica de Hippocratis orthodoxia in doctrina de nutritione fœtus humani in utero. Cui accessere ejusdem dissertatiunculæ binæ quarum altera de Democriti heterodoxia in doctrina de nutritione fœtus in utero. Altera de cotyledonibus uteri. Basileæ, 1660, in-4° relié.

1883. — Efferen (Laurent). De Democriti heterodoxia in doctrina de nutritione fœtus in utero. Basileæ, 1660, in-4°.

1884. — Jæger (Christian. Frideri.). Disquisitio qua casus et annotationes ad vitam fœtus neogoni disjudicandam facientes proponuntur. Ulmæ, 1780, in-4° relié.

1885. — Gehler (Joan. Carol.). De situ fœtus in utero, panegyris medica. Lipsiæ, 1741, in-4° relié.

1886. — Onymos (Joseph). De naturali fœtus in utero materno situ. Thèse inaug. Lugduni Batavorum, 1743, in-4° relié.

1887. — Weiser (Joan. Christo.). De sanguinis in fœtu circulo. Th. inaug. Argentorati, 1714, in-4° relié.

1888. — Rang (Bernhard. Henri.). De optimo infantis recens nati alimento. Argentorati, 1753, in-4° relié. Th. inaug.

1889. — Lichtenberger (Jean-Frédéric). De infantium recens natorum mali regiminis correctione eorumdemque morborum præcipuorum curatione. Th. inaug. Argentorati, 1741, in-4° relié. (Voyez 2021.)

1890. — Barteinstein (Gaspard-Daniel). De morbis infantum recens natorum. Th. inaug. Argentorati, 1711, in-4° relié.

1891. — Wegbecker (Joan. Jacob.). De venæ apud infantes sectione. Th. inaug. Argentorati, 1749, in-4° relié.

1892. — Socinus (Abel). De fœtu hydropico. Th. inaug. Basileæ, 1751, in-4° relié.

1893. — Buxtorf (Joh. Ludov.). Theses medicæ.
Thurneyssen (Joseph-Jacob). Basileæ, 1753, in-4° relié.

1894. — Thenn (Joan. Georg.). De atrophia infantium. Th. inaug. Argentorati, 1709, in-4° relié.

1895. — Fried (Georg.). Fœtus intestinis plane nudis extra abdomen propendentibus natus. Th. inaug. Argentorati, 1760, in-4° rel. (Voy. 2022.)

1896. — Hesse (Joan. Guillielm.). Partus gemellorum. Th. inaug. Argentorati, 1740, in-4° relié, fig.

1897. — Mylius (Leonhard. Henric.). De puella monstrosa. Lipsiæ, 1717, in-4° relié, fig.

1898. — Brunner (Joseph-Conrad). Th. fœtum monstrosum et bicipitem sistens. Argentorati, 1672, in-4° relié, fig.

1899. — Drouet (Arsène-Armand-Aimé). Des plaies et des hémorrhagies traumatiques de la main. Th. inaug. Paris, Martinet, 1855, in-4°, 2 exemplaires. (Aut.)

2000. — Ripoll (Alphonse). Essai sur l'artbrite vertébrale. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1850, in-4° br. (Aut.)

2001. — Bertherand (E. L.). Médecine et hygiène des Arabes. Paris, G. Baillière, 1855, in-8° br. (Aut.)

2002. — Jacquemier (J.). Développement de l'œuf humain. Extrait du supplément au *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*. Paris, G. Baillière, 1851, in-8° broché; offert à la Société de chirurgie par M. Marjolin depuis le n° 2002 inclus jusqu'au n° 2045.

2003. — Hennings (Simon. Ambro.). Disput. circularis physico medica qua specimen anatomicæ jucundæ et utilis. Rostoch, 1708, in-4° br.

2004. — Verschuir (Wilh. Henri). De paralysi musculorum faciei sic dicta rheumatica. Th. inaug. Groningæ, 1804, in-8° br.

2005. — Faure (N. J.). Observations sur l'iris, sur les pupilles artificielles, et sur la keratonyxis ou nouvelle manière d'opérer la cataracte. 2me édition. Paris, Gabon, 1820, in-8° br.

2006. — Delarue (F.), du Puy-de-Dôme. Mémoire sur les bons effets des attouchements avec la pierre infernale, aidés d'une compression méthodique et de l'usage des collyres astringents dans le traitement du staphylome de la cornée transparente. Paris, G. Baillière, 1823, in-8° br.

2007. — Dronsart (C.). Monographie de la phlegmatia alba dolens. Paris, J. B. Baillière, 1846, in-8° br.

2008. — Augustini (Antonio). Stranguria quæ venerea dicitur mercurii aliquando esse potest effectus, observationes id probantes editæ. Venetiis, 1763, in-8° br.

2009. — Coste. Lettre à M. Raspail sur l'embryogénie. Paris, in-8° br.

2010. — Loche. Précis sur le nouveau traitement des maladies des yeux. Paris, 1785, in-8° br.

2011. — Winslow. Exposition anatomique de la structure du corps humain. Paris, nouvelle édit., 1776, in-12, 4 vol., fig.

2012. — Delpech (Jacques). Possibilité et degré d'utilité de la symphyséotomie. Th. inaug. Montpellier, an IX, in-4° relié.

2013. — Rochot (François). Sur la section de la symphyse des pnbis, et sur les cas qui exigent cette opération. Th. inaug. Paris, 1807, Didot, in-4• relié.

2014. — Colain. Sur les avantages de la section des pubis dans la taille hypogastrique des femmes. Paris, Didot, 1811, in-4° relié.

2015. — Gayet (N.). Sur la nécessité de l'opération césarienne dans le cas de mort pendant la grossesse et l'accouchement. Paris, Didot, 1807, in-4° relié.

2016. — Zembsch (Fride. Joan.). De utero insonte. Th. inaug. Vitembergæ, 1735, in-4° relié.

2017. — Pegelon (Daniel-Gotthef). De fœtu brachio in partu prodeunte. Th. inaug. Argentorati, 1772, in-4• relié. (C'est le même sujet que 1796.)

2018. — Reichard (Joan. Martin.). Uterus gravidæ una cum fœtu vulneratus. Argentorati, 1735, in-4° relié.

2019. — Meyer (Joh. Martin.). De indole ac præservatione purpuræ præcipue puerperarum. (C'est le même sujet que 1835.) Basileæ, 1767, in-4° rel.

2020. — Sturm (Joh. Christi.). De metastasi lactea. Th. inaug. Argentorati, 1773, in-4° relié.

2021. — Lichtenberger (Johan. Frid.). De infantium recens natorum mali regiminis correctione eorumdemque morborum præcipuorum curatione. Th. inaug. Argentorati, 1741, in-4• relié (Voyez 1889.)

2022. — Fried (George-Albert). Fœtus intestinis plane medis extra abdomen propendentibus natus. Th. inaug. Argentorati, 1760, in-4• relié. (V. 1895.)

2023. — During (Wilhem). Historia duarum observationum theoria illustrata. Th. inaug. Argentorati, 1768, in-4° relié.

2024. — Hebenstreit (Joan. Ern.). Ad anatomen cadaveris fœminini convocat et de arteriarum corporis humani confiniis disserit. Lipsiæ, 1739, in-4° relié.

2025. — Hebenstreit (Joan. Ern.) Anatomen publicam cadaveris fœminini quæ summa capita theoriæ corporis humani expositurus est de mediastino postico disserens. Lipsiæ, 1743, in-4° relié.

2026. — Faligan (N. L.). Quelques considérations sur l'usage des substances alimentaires animales et toniques dans la première enfance. Thèse inaug. Paris, Didot, 1804, in-4° relié.

2027. — Schoeffer (Joan. Ulric.). Fœtus cum matre commercium. Thèse inaug. Erlangæ, 1775, in-4° relié, fig.

2028. — Bosc (Ernest-Gottlieb). De generatione hybrida. Panegyris medica. Lipsiæ, 1777, in-4° relié.

2029. — Kommel (Petrus). De fœtibus leporinis extra uterum repertis, aliisque tam de leporibus, quam etiam de conceptione extra uterina raris et curiosis. Th. inaug. Ulmæ, 1680, in-4° relié.

2030. — Kuhne (Carolus-Aug.). De morte fœtus ejusque diagnosi. Thèse inaug. Lipsiæ, 1785, in-4° relié.

2031. — Molde (Joan. Laurent.). De parentum morbis in fœtum transientibus. Erfordiæ, 1768, in-4° relié.

2032. — BURGHEIM (Salomon-Hirs.). De modo funiculum umbilicalem deligandi. Lipsiæ, 1784, in-4° relié.

2033. — QUELMALZ (Samuel-Théodore). De cæcitate infantum fluoris albi materni ejusque virulenti pedissequa. Panegyris medica. Lipsiæ, 1750, in-4° relié.

2034. — EBERLE (Martinus-Thaddæus). De colica infantum. Th. inaug. Argentorati, 1783, in-4° relié.

2035. — RICHTER (Christian. Frid.). De infanticidio in artis obstetriciæ exercitio non semper inevitabili. Th. inaug. Lispiæ, 1792, in-4° relié.

2036. — CRUGER (Joan.). Casus medicus sextus, de virgine chlorosi laborante. Francforti ad Viadrum, 1710, in-4° relié.

2037. — GLUCKIUS (Joan. Andr.). De furore uterino. Th. inaug. Erfordiæ, 1720, in-4° relié.

2038. — CLEMENS (Frider.). De melancholia hysterica. Th. inaug. Erfordiæ, 1727, in-4° relié.

2039. — CARPZOVIVUS (Christian.). De fluore albo. Th. inaug. Vitembergæ, 1711, in-4° relié.

2040. — BOSC (Ernest-Gottlieb). De scrofulis uteri, sterilitatis feminarum causa. Lipsiæ, 1787, in-4° relié. Panegyris medica.

2041. — PESCBECK (Christ. Aug.). De gravidarum affectionibus earumqne cura. Th. inaug. Lipsiæ, 1784, in-4° relié.

2042. — HESSE (Joseph-Rodolphe). De vomitu gravidarum. Th. inaug. Basileæ, 1751, in-4° relié. (Voyez 1821.)

2043. — GEHLER (Joan. Car.). De forcipis Johnsonianæ præ Leuretiana et Smelliana præstantia. Panegyris medica. Lipsiæ, 1790, in-4°, fig.

2044. — MENTZ (Carol.). Pathologia rheumatismi in morbis puerperarum. Lipsiæ, 1788, in-4° relié.

2845. — PORTA (Luigi). Della cura della gangrena nosocomiale memoria letta all' J. A. Istituto di scienze lettere ed arti di Milano nella seduta, 8 agosto 1850. Milano, 1851, in-8° br. (Aut.)

2046. — PORTA (Luigi). Della ligatura delle arterie tiroida per la cura del broncocele. Estrato degli Annali universali di medicina, octobre et novembre 1850. In-8° br. (Aut.)

2047. — PORTA (Luigi). Elogio di Giovanni Battista Paletta, letto a di 5 novembre 1851, nella grande aula dell' imp. regia universita di Pavia per l'inaugurazione degli studi. V. Milano, 1851, in-8° br. (Aut.)

2848. — PORTA (Luigi). Esame anatomico del sistema arterioso dell' arto inferiore ventidue anni dopo la legatura dell' arteria femorale per anevrisma. Memoria letta nell' adunanza dell' i ai Stato Lombardo di scienze, lettere ed arti del giorno, 22 luglio 1847. Milano, 1847, in-4°, fig. (Aut.)

2049. — PORTA (Luigi). Dell' inalazione del chloroforme memoria letter nell' adunanza del 5 agosto 1852. Dell' Istituto medesimo Milano, 1853, in-4° broché. (Aut.)

2050. — PORTA (Luigi). Delle ferite delle arterie. Contre tavole in rame. Milano, 1852, in-4°, fig. (Aut.)

2051. — PORTA (Luigi). Caso singulare di vertebre soprannumerarie articolate coll' assa sairo. Memoria letta nell' adunanza dell' y r. Istituto Lombardo, dell' gennajo 1852. Milano, 1852. 3 planches; in-4° br. (Aut.)

2052. — PORTA (Luigi). Delle malattie generali interne riverberate da operazioni e malattie chirurgiche locali esterne. Milano, 1854, in-4° br. (Aut.)

2053. — COUTARET (C. L.). Des ligatures caustiques, ou d'un nouveau moyen d'employer en chirurgie la pâte de chlorure de zinc. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855, in-4° br. (Envoyé par l'auteur pour le prix Duval.)

2054. — BAUNOIN (Ch.-Claud.). Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée. Th. inaug. Rignoux, Paris, 1855, in-4°. (Larrey.)

2055. — DAUVÉ (Paul-Stanislas). Des plaies par morsures simples. Thèse inaug. Paris, Rignoux, 1855. (Larrey.)

2056. — WAD (William). Cases of diseased prepuce and scrotum, illustrated with etchings. London, Calow, 1817, in-4° cart., fig. (Ouvrage acquis par la Société en 1855, par les soins de M. Giraldès.)

2057. — BONNET (A.). Traité des maladies des articulations. Paris, J. B. Baillière, 1855. 2 vol. in-8° br. (Aut.)

2058. — BONNET (A.). Traité de thérapeutique des maladies articulaires. Paris, 1853, J. B. Baillière, 1 vol. in-8° br. (Aut.)

2059. — BONNET (A.). Influence des lettres et des sciences sur l'éducation. Mémoire lu dans la séance publique de l'Académie de Lyon, le 23 janvier 1855. Lyon, 1855, in-8° br. (Aut.)

2060. — BONNET (A.). Mémoire sur la nature et le traitement de l'infection purulente. Lyon, 1855, in-8° br. (Aut.)

2061. — WARMONT ET VERNEUIL (Aristide). Sur les kystes développés dans les tumeurs érectiles veineuses enflammées. (Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, tom. II, n° 22, 1855.) Paris, in-8° br. (Aut.)

2062. — VERNEUIL (Aristide). Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire. (Extrait des *Archives générales de Médecine*.) Juin 1855. (Aut.)

2063. — KOLLIKER (A.). Éléments d'histologie humaine, traduction par MM. J. Béclard et Sée. Paris, V. Masson, 1855, 1 vol. in-8° br.

2064. — CAZENAVE (J. J.), de Bordeaux. Du tremblement des mains et des doigts, et description de deux machines orthopédiques à l'aide desquelles les malades amputés du poignet droit, ou qui ont un tremblement oscillatoire de la main droite, peuvent écrire. Paris, J. B. Baillière, 1855, in-8° br. (Aut.)

2065. — CHASTEAUNEUF. Essai sur la fièvre adynamique dite putride des anciens. In-4° br. (Offert par M. Giraldès, depuis le n° 2065 inclus, jusqu'au n° 2078 inclus.

2066. — BARBET (Antoine). De l'hémoptysie active, et ses diverses espèces. Th. inaug. Paris, Didot, 1807, in-4°.

2067. — CHAILLY (Charles-Marie). Description du catarrhe pulmonaire. Th. inaug. Paris, Delaguette, an XII, in-4°.

2068. — LESAGE (L. A.). Sur les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux. Th. inaug. Paris, Poncelin, an XII, in-4° br.

2069. — LEVERT (Antoine). Sur la nécessité et les avantages des saignées locales. Th. inaug. Paris, Feugueray, an XI, in-4° br.

2070. — CAILLAUD (J.). Considérations générales sur la saignée. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2071. — CHORIN (Dominel). Sur l'influence de la médecine morale dans le traitement des maladies tant médicales que chirurgicales. Paris, Valade, an XI, in-4° br.

2072. — VIMONT (Pierre). De l'influence de la bile sur les maladies. Strasbourg, Levrault, an XI. Th. inaug.

2073. — HONLET (L.). De morbis cuique ætati maxime familiaribus eorumque causis. Paris, Didot, 1807. Th. inaug.

2074. — SICARD (F. D.). Parallèle de quelques affections abdominales. Paris, Didot, an XI. Th. inaug.

2075. — RANQUE (Hugues-Félix). Essai sur la détermination des prédominances organiques dans les différents âges et dans l'enfauce. Paris, Véronneau, 1803. Th. inaug.

2076. — ECRON (L.). Quelques considérations sur l'abstinence. Paris, 1815, Didot, in-4° br. Th. inaug.

2077. — OUDET (Jean-Étienne). De l'absorption considérée sous les rapports physiologique, pathologique et thérapeutique. Paris, Didot, 1813. Thèse inaug. In-4° br.

2078. — DEMANCEON (J. B.). De fallaci atque nocuo obturamenti in hæmorrhagiis uteri cohibendis usu, cum potiorum remediorum subjecta brevi expositione. Paris, Delame, an XI, Th. inaug. In-4° br.

2079. — DECAISNE. Des moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. Mémoire couronné par l'Acad. royale de Belgique au concours de 1851-53. Extrait des Mémoires de l'Acad. roy. de Belgique. Bruxelles, Mortier, 1855, in-4° br. (Aut.)

2080. — SANDS-COX (William). A memoir on amputation of the thigh at the hipjoint, with a succesfull case. London, Reeve, 1845, 1 vol. in-fol. cart., fig. (Aut.)

2081. — CORNAZ (Ch.-Aug.). Des abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes. Lausanne, Bridel, 1848, in-8° br. (Aut.)

2082. — CORNAZ (Ch.-Aug.). Quelques observations d'abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes. Bruxelles, Mucquardt, 1850, in-8° br. (Aut.)

2083. — CORNAZ (Ch.-Aug.). Matériaux pour servir à l'histoire des abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes. Extrait des *Annales oculistiques*, vol. XXVIIe. Bruxelles, 1852, in-8° br. (Aut.)

2084. — CORNAZ (Ch.-Aug.). Notice sur les établissements consacrés aux maladies des yeux. Bruxelles, 1852, in-8° br. (Aut.)

2085. — CORNAZ (Ch.-Aug.). Observation de plaie pénétrante de l'abdomen. Malines, in-8° br. (Aut.)

2086. — CORNAZ (Ch.-Aug.). Recherches statistiques sur la fréquence comparalive des couleurs de l'iris. 2e édition du Mémoire couronné en 1853 par la Société statistique de Marseille. In-8° br. (Aut.)

2087. — Hasner, Cornaz (Ch.-Aug.). De l'étiologie de la cataracte, par Hasner, suivi de remarques par Cornaz. Extrait des *Archives d'ophthalmologie*. Paris, 1853, in-8° br. (Aut.)

2088. — Berend (Henri-W.). Bericht über das Gymnastisch-Orthoperdische Institut zu Berlin. Comprend depuis le n° 2 jusqu'au 7 inclus. Berlin, Hempel, 1 vol. in-8° br. (Aut.)

2089. — Chapuis (C.). Sur le Melæna, ou maladie noire. Paris, Valade. Th. inaug. Offert à la Société par M. Giraldès, depuis le n° 2089 inclus jusqu'au n° 2105.

2090. — Forestier (Pi.-Gasp.). De morbis aut noxis puerorum a vitialis depravatisque parentum humoribus. Th. inaug. Paris, Rousseau, 1803, in-4° br.

2091. — Honorat (S. J.). Proposition sur l'histoire naturelle, chimique et médicale des cantharides. Th. inaug. Paris, Didot, 1807, in-4° br.

2092. — Le Provost (Char.), de Caen. Essais sur les poisons végétaux rangés selon la méthode naturelle de M. A. L. de Jussieu. Th. inaug. Paris, Didot, 1807, in-4° br.

2093. — Rey (Jacq.-Césaire). Essai sur l'hygiène des enfants. Th. inaug. Paris, Didot, 1807, in-4° br.

2094. — La Chesse (G.). Essai sur l'hygiène militaire. Th. inaug. Paris, Migneret, 1803.

2095. — Fromage (Mich.). Moyens de faire cesser la mortalité des chevaux dans une ferme du département de Seine-et-Marne. Paris, Huzard, 1802, in-4° br.

2096. — Daucourt (Joseph). Essai sur les moyens que nous offre la médecine légale pour distinguer l'assassinat du suicide dans les cas de plaies. Th. inaug. Paris, Didot, 1806.

2097. — Mémoire à consulter. Dijon, an v, in-4° br.

2098. — Moutard (Martin-Ed.). De causâ mortis submersorum eorumque ad vitam auxiliis chirurgicis revocatione. Th. inaug. Paris, 1775, in-4° br.

2099. — Guesdon (H.). Recherches sur l'hydrocéphale aiguë, ou hydropisie aiguë du cerveau. Th. inaug. Paris, Didot, 1815, in-4° br.

2100. — Pascal (Fél.). Essai sur la maladie muqueuse. Th. inaug. Paris, Didot, 1815, in-4° br.

2101. — Peyron (L. J.). Sur le choléra-morbus. Th. inaug. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2102. — Saint-Amand. Sur le choléra-morbus. Th. inaug. Paris, Didot, 1817, in-4° br.

2103. — Carrier (Jean). Sur les scrofules. Th. inaug. Paris, Didot, 1807, in-4° br.

2104. — Baumers (Marcellin). Réflexions générales sur les maladies aiguës considérées chez les femmes en couches. Th. inaug. Paris, Didot, 1807, in-4° br.

2105. — Dubreuil de Saint-Martin. Sur l'hystérie accompagnée d'une observation singulière sur cette maladie. Th. inaug. Paris, Didot, 1805, in-4° br. fig.

2106. — Desruelles. Considérations générales et sommaires sur la blennorrhagie et la blennorrhée. Paris, in-8° br., fig. Offert par M. Marjolin depuis le n° 2106 jusqu'au n° 2339.

2107. — Ferminelli (J. B.). Cenno storico di una frattura del collo del femore in vicinanza della sua testa col treno di sinistri accidenti. Fuligno, 1829, in-8° br.

2108. — Diday. Sur un procédé de vaccination préservatrice de la syphilis constitutionnelle, in-8° br.

2109. — Deleau jeune. Sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache et sur les expériences de M. Hard; Mémoire qui démontre l'utilité de l'air atmosphérique dans le traitement de diverses espèces de surdité. Paris, in-8° br.

2110. — Dubuisson (Jacq.). Sur la manie. Th. inaug. Paris, 1812, in-8° br.

2111. — Desgenettes. Fragments de gymnastique médicale. In-8° br. Extrait du tome XXX du *Journ. complément. des sciences médic.*

2112. — Deguise. Observation d'un calcul du poids de trente et une onces extrait de la vessie. Extr. du *Journ. périod. de la Société de médecine de Paris*, fructidor an x, in-8° br.

2113. — Deleuze (J. P. F.). Lettre à MM. les membres de l'Acad. de médecine sur la marche qu'il convient de suivre pour fixer l'opinion publique relativement à la Société du magnétisme animal, aux avantages qu'on peut en retirer, et aux dangers qu'il présente lorsqu'on en fait une application inconsidérée. Paris, Béchet, 1826, in-8° br.

2114. — Seeman (Melchior). De causis mutationum humorum ex actione solidorum vivorum in fluida derivandis. Gœttingue, 1791, in-4° br.

2115. — Schutte (Jodocus). De corruptione calida. Th. inaug. Harderovici, 1752, in-4° br.

2116. — Schmitz (Franc.) De respiratione cutis. Th. inaug. Argentorati, 1806, in 4° br.

2117. — Schmoller (Nic. Dan.). De purpura rubra et alba cum diarrhœa ac fluxu hæmorrhoidali curata. Th. inaug. Erlangæ, 1746, in-4° br.

2118. — Schérer (Chr.). De calculis e ductu salivali exertis. Th. inaug. Argentorati, 1738, in-4° br.

2119. — Schiller (Geor. Christo.). De scabie humida tanquam affectu contagioso. Erfordiæ, 1747, in-4° br.

2120. — Schmaltz (Christ.). Examen nuperæ theoricæ de absorptione seminis vaginali. Th. inaug. Iéna, 1792, in-4° br.

2121. — Saalmann (Ferd.). Descriptio rheumatismi acuti et dilucidatio ducentorum et quinquaginta aphorismorum Hippocratis ad rheumatismum tum acutum, tum chronicum. Th. inaug. Monasterii, 1789, in-4° br.

2122. — Thymius (André). De vulneribus. Th. inaug. Ienæ, in-4° br.

2123. — Textor (Joannes). Sialologiæ physico medicæ novis experimentis chimicis superstructæ. Th. inaug. Tubingæ, 1759, in-4° br.

2124. — Tittmann (Fr. Jac.). Osteo-steatomatis casus rarior. Th. inaug. Lipsiæ, 1757, in-4° br., fig.

2125. — Tæpelmann (Théophile). De rheumatismo chronico. Th. inaug. Lipsiæ, 1798, in-4° br.

2126. — Thomassen (Everard). De opii in syphilide usu observatis probato. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1785, in-4° br.

2127. — Tott (Car. Aug.) De docimasiæ pulmonum vi in foro probante dubia. Th. inaug. Sedini, 1820, in-4° br.

2128. — Turck (Fréd. Aug.). Comtnotionis cerebri pathologia. Th. inaug. Lipsiæ, 1810, in-4° br.

2129. — Tromper (Lambert). De pelvi humana. Th. inaug. Duisburgi, 1803, in-4° br.

2130. — Thierry (Alf. Jul.). Des accidents qui résultent de l'application du forceps. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2131. — Terral (Pier.). Essai sur l'érysipèle. Th. inaug. Paris, Brosson, an x, in-8° br.

2132. — Trappe (A.). Sur les excroissances et les pustules vénériennes. Th. inaug. Paris, Gabon, an x, in-8° br.

2133. — Gay-Lussac (P.). Recherches sur les maladies vénériennes primitives considérées sur l'homme doué d'une saine constitution. Th. inaug. Paris, Guillau, an xi, in-8° br.

2134. — Gouraud (V. O.). Démonstration des principales opérations de chirurgie. Tours, Mame, 1815. 1 vol. in-8° br.

2135. — Gresset (Vict.). Recherches sur la passion iliaque. Th. inaug. Paris, Pcugneray, an xi, in-8°.

2136. — Chèze (Amable). Observations sur quelques phlegmasies de l'estomac, du foie et de la rate. Châlons-sur-Saône, in-8° br.

2137. — Pillich (Joan.). De morbis virorum. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1748, in-4° br.

2138. — Petersen (Joan.). De curatione herniarum chirurgica. Th. inaug. Vitembergæ, 1725, in-8° br.

2139. — Pertsch (Jean). De venenis eorumque diverso agendi modo. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1746, in-4° br.

2140. — Paplhe (Johann-Alb.). De suppressione urinæ. Th. inaug. Helmestadi, 1776, in-4° br.

2141. — Kummer (J. Ern.). Chloroseos pathologia et therapia. Th. inaug. Lipsiæ, 1823, in-4° br.

2142. — Köchling (Fr. Adam). De vesanicæ crisibus. Th. inaug. Bonnæ, 1827, in-4° br.

2143. — Krüger (Joan-Gottl.). De nonnullis ad motum globuli e sclopeto explosi pertinentibus. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1737, in-4° br.

2144. — Kleüdgen (Hugo-Francis). Phthiseos ventriculi pathologia. Th. inaug. Bonnæ, 1820, in-4° br.

2145. — Kuntzsch (Ch. God.). Analecta ad abortus pathologiam. Th. inaug. Lipsiæ, 1824, in-4° br.

2146. — Tardani (Gaetano). Risoluzione del problema sul cholera-morbus. Roma, 1855, in-8° br.

2147. — Tilling (Joan. Chris.). De calculo ad vesicam adhærescente. Th. inaug. Lipsiæ, 1737, in-4° br.

2148. — Simon (Carol. Fred.). Nonnulla de ano præternaturali ejusque curatione. Th. inaug. Berolini, 1843, in-8° br.

2149. — Schmidt (Fré. Ado.). De erysipelate neonatorum ejusdemque a nonnullis similibus morbis differentia. Th. inaug. Lips, 1821, in-8° br.

2150. — Gmelin (Léop.). Dissert. sistens indagationem chemicam pigmenti nigri oculorum taurinorum et vitulinorum adnexis quibusdam in animadversionibus physiologicis. Th. inaug. Gœttingæ, 1812, in-8° br.

2151. — Stark (Carol. Guilliel.). Dissert. qua intimus graviditatis, lactationis menslumque profluvii consensus et convenientia ex propria mulieri vi et natura deductus demonstrentur; pars prima de utriusque sexus ratione et uterum gerendi munere. Th. inaug. Ienæ, 1811, in-8° br.

2152. — Ramisch (Fr. Xav.). De gastromalace et gastropathia infantum. Pragæ, 1824, in-8° br.

2153. — Chirion (J. T. J.). De prava methodo infantes nutriendi et medicandi. Th. inaug. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2154. — Boehmer (Phil. Adol.). Præfamen academicum quo situs uteri gravidi fœtusque a sede placentæ in utero per regulas mechanismi deducitur. Halæ Magdeb., 1741, in-4° br., fig.

2155. — Berchaus (Joan.). De partibus firmis organi auditorii. Th. inaug. Vitembergæ, 1789, in-4° br.

2156. — Séchaud (de Chalus). Médecine opératoire. Observations présentées à l'Acad. de médecine, et suivies d'un rapport. Paris, Labé, 1839, in-8° br., fig.

2157. — Ribes père. Relation d'une angine couenneuse observée à Paris en 1818. Extrait de la *Revue médicale de clinique*, octobre 1828. Paris, in-8° br.

2158. — Rooy Joannes (de). De morbo nigro Hippocratis. Th. inaug. Lugd. Batavorum, 1793, in-4° br.

2159. — Gerson (Alexandre). De catalepsi. Th. inaug. Gœttingæ, 1717, in-4° br.

2160. — Güettler (Félix). Disquisitio ætiologiæ arthriditis, præsertim ejus causæ proximæ. Th. inaug. Altorfii, 1798, in-4° br.

2161. — Souberbielle. Communication faite à l'Académie royale de médecine sur l'invention de la taille bilatérale, 26 mars 1829. Ext. du *Journ. génér. de médec.*, in-8° br., fig.

2162. — Souberbielle. Observations sur des opérations de cystotomie suspubienne, lues à l'Ac. roy. de méd., 30 octobre 1828. Paris, in-8° br., fig.

2163. — Kennedy (Henri). De rheumatismo acuto. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1775, in-4° br.

2164. — Kleinfeld (Christian). Sclopetorum vulnera. Th. inaug. Regiomonti, 1716, in-4° br.

2165. — Palitzsch (Ludo. Fred.). De calculo. Th. inaug. Ienæ, 1734, in-4° br.

b.

2166. — Berlioz (A.). Propositions sur l'inflammation. Th. inaug. Paris, Didot, 1804, in-4°, br.

2167. — Boulland. Quelques recherches sur les caractères anatomiques de l'inflammation dans les tissus mous. Th. inaug. Paris, Didot, 1824, in-4° br. fig.

2168. — Bécourt (Ant. Jos.). Essai sur l'usage médical du froid. Th. inaug. Paris, Didot, 1805, in-4° br.

2169. — Bouillaud (J.). Dissert. sur les généralités de la physiologie et sur le plan à suivre dans l'enseignement de cette science. Thèse de concours, 1831. Paris, Tilliard, 1831, in-4° br.

2170. — Blumenbach (Jo. Fre.). De vi vitali sanguinis commentatio recitata in consessu solenni Soc. reg. scientiar. inter. semisæcularia Academicæ 1787. Gottingæ, Dieterich, in-4° br. 1788.

2171. — Brunner (Joan.). De urinæ secretione inter et cæteras organismi functiones relationibus. Th. inaug. Gottingæ, 1806, in-4° br.

2172. — Booke (Joan. Franc.). De motuum convulsivorum vera sede et indole. Th. inaug. Halæ Magd., 1738, in-4° br.

2173. — Bens (Mauritius). De geminis plethoræ effectibus in corpus humanum. Th. inaug. Halæ Magd., in-4° br.

2174. — Bornemann (Joan.). De ruminatione. Th. inaug. Gottingæ, 1812, in-4° br.

2175. — Buxton (Isaac). Ruminationis humanæ casus. Th. inaug. Gottingæ, 1812, in-4° br.

2176. — Bernard (J. P.). Quelques considérations sur le système osseux et son inflammation. Th. inaug. Paris, Didot, 1833, in-4° br.

2177. — Brindejonc (J. B.). Des fractures et luxations de la clavicule. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2178. — Bouchet (P. J. L.). Recherches sur le cancer de la peau du visage, désigné par les anciens sous le nom de *Noli me tangere*. Th. inaug. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2179. — Baude (Ant. Jos.). De catalepsi. Th. inaug. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2180. — Wagner (Guilliel.). De medicorum juribus atque officiis tractatus. Th. inaug. Berolini, 1819, in-4° br.

2181. — Busch (Joan. Fran.). De trepanatione. Th. inaug. Ienæ, 1663, in-4° br.

2182. — Bezoln (Nicol.). De ulceribus crurum antiquis. Th. inaug. Ienæ, 1689, in-4° br.

2183. — Beurlin (Rudol.). De luxatione et fractura femoris. Th. inaug. Altorfii. Na., 1718, in-4° br.

2184. — Beger (Phil.). Synechia sive præternaturalis adhæsio corneæ cum iride. Th. inaug. Tubingæ, 1748, in-4° br.

2185. — Bignon (Louis). Des perforations spontanées de l'estomac. Paris, Rignoux, 1854, in-4° br.

2186. — By (G. C.). De ruptu in partu utero. Th. inaug. Paris, 1782, in-4° br.

2187. — Henzschel (Gust.). De gangrena atque sphaceli natura, indole ac curatione. Th. inaug. Lipsiæ, 1821, in-4° br.

2188. — Combeur (Cosmas. Carol.). De febre putrida. Th. inaug. Lugd. Batav., 1816, in-4° br.

2189. — Requin (A. P.). De la spécificité dans les maladies. Thèse de concours path. méd. Paris, G. Baillière, 1851, in-8° br.

2190. — Roux (Jul.), de Toulon. De l'Éthérisme dans les accouchements. Extr. de la *Gazette médicale de Paris*. Paris, 1847, in-8° br.

2191. — Spiess (Johan. Carol.). Disput. medica ægrum suffusione laborantem exhibens. Th. inaug. Wittenbergæ, 1684, in-4° br.

2192. — Levin (Abraham). De vi imaginationis in vitam et sanitatem naturalem. Th. inaug. Halæ Magdeb., 1740, in-4° br.

2193. — Laub (Hieronymus). De diabete. Th. inaug. Helmstadii, 1704, in-4° br.

2194. — Gerboth (Carol.). De apoplexia. Th. inaug. Lipsiæ, 1817, in-4° br.

2195. — Limmer (Conrad). De hydrophobia. Th. inaug. Altorfii, 1688, in-4° br.

2196. — Lindener (Wilhelm). De communicatione vasorum mammariorum cum epigastricis. Th. Inaug. Halæ Magdeb., in-4° br.

2197. — Cousin. Sur le traitement de l'hydropisie de matrice accompagnée d'inflammation dans l'état de grossesse. Paris, Méquignon aîné, 1783, in-8° br.

2198. — Jacobs (J. C.). Démonstration de l'identité des virus de la vérole et de la gonorrhée. Bruxelles, 1811, in-8° br.

2199. — Prus. Instruction à l'usage des médecins sanitaires du Levant. Paris, 1847, in-8° br.

2200. — Norris (Joannes). De rheumatismo acuto et longo. Th. inaug. Lugd. Batav., 1783, in-4° br.

2201. — Nolde (Adol. Frid.). De mutuæ relationis principio theoriæ medicæ inserviente programma. Halæ, in-4° br.

2202. — Delbarre (Pet. Franc.). De venæ sectionis usu et efficacia ejusque differentiis ex principiis hydraulicæ desumptis. Th. inaug. Duaci, 1767, in-4° br.

2203. — Lebrec (Jos.). Sur les fractures du crâne. Th. inaug. Paris, Didot, 1813, in-4° br.

2204. — Lacout (Gilbert). Des principales altérations physiques et chimiques du sang dans les maladies. Paris, Rignoux, 1846, in-4° br.

2205. — Lecroux (C. J.). Recherches sur les concrétions sanguines dites polypiformes développées pendant la vie. Th. inaug. Paris, Didot, 1827, in-4° br.

2206. — Lemoine (Henri). De l'inoculation dans le diagnostic de la syphilis. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2207. — Lemercier (Jean Casimir). Vues générales sur le cancer. Th. inaug Paris, Didot, 1819, in-4° br.

2208. — LESAUVAGE, de Caen. Recherches sur les effets du verre et des substances vitriformes portées à l'intérieur des organes digestifs. Th. inaug. Paris, Didot, 1810, in-4° br.

2209. — LAMBERT (Pantaléon). Essai médico-chirurgical sur les cas d'amputation des membres à la suite de blessures graves, étayé d'observations pratiques. Th. inaug. Paris, Didot, 1815, in-4° br.

2210. — ESSIG (Christ. Ludov.). De ortu quorumdam morborum provectionis ætatis, præcipue ophthalmiæ senilis. Th. inaug. Tubingæ, 1806, in-4° br.

2211. — ENGELMANN (Fried. Gottlob.). Cur rarum sit suffocatos, submersos et laqueo suspensos vitæ reddi. Th. inaug. Lipsiæ, 1787, in-4° br.

2212. — EGER (Salomon-Joachim). De hemicrania. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1738, in-4° br.

2213. — SOUVILLE (P.). Examen des infirmités ou maladies qui peuvent exempter du service militaire et nécessiter la réforme. Th. inaug. Paris, Didot, 1810, in-4° br.

2214. — SERRE (César-Aug.). Des différentes espèces de gravelles et de leurs rapports avec le régime alimentaire. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2215. — SALLENAVE (L. P.). La fièvre considérée sous un nouveau point de vue. Th. inaug. Paris, Didot, 1835, in-4° br.

2216. — LEGRAND (Frédér.). De l'avortement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2217. — LENEVEU (Armand). Considérations pratiques sur quelques maladies chroniques de l'utérus et sur leur traitement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2218. — LEGOUAS (F. M. V.). Essai sur les hémorrhagies. Th. inaug. Paris, Didot, 1808, in-4° br.

2219. — LAFAURIE (J. J.). Considérations cliniques sur la contusion des membres. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1846, in-4° br.

2220. — LALAURIE (Eugène). De l'irritation. Th. inaug. Paris, Didot, 1823, in-4° br.

2221. — TROLL (Henri). De placentæ morbis. Th. inaug. Berolini, 1835, in-8° br.

2222. — BRUHLMANN (Joan. Godef.). De luxationum synthesi in genere. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1703, in-4° br.

2223. — TOFFOLI (Luigi). Intorno alle obiezioni che pottrebero farsi alla nuova dottrina sulla genesi della rabbia canina, ragionamento. Milano, 1846, in-8° cart.

2224. — VIGNAL (Étienne). Essai sur la brûlure et son traitement par l'usage des poils de typha. Paris, Didot, 1833, in-4° br.

2225. — NISON (Théobal.). Num in resecandis artubus, carnis segmina reservare satius? Th. inaug. Paris, 1772, in-4°. Une feuille.

2226. — DÖRMER (Aug.-Mich.). Casus laborantis coryza. Th. inaug. Ienæ, 1673, in-4° br.

2227. — GÉRARDIN (Nic.-Vinc.). Recherches physiologiques sur les gaz intestinaux. Th. inaug. Paris, Didot, 1814, in-4° br.

2228. — DEGLAND (C. D.). Sur les hémorrhagies en général, et spécialement sur celles de l'utérus. Paris, Didot, 1811, in-4° br.

2229. — HERVEY (A. B.). Sur l'influence de la gymnastique dans le traitement des maladies. Th. inaug. Paris, Didot, 1810, in-4° br.

2230. — BOURNON (Franc.). De amblyopia. Th. inaug. Monspelii, 1760, in-4° br.

2231. — MARTIN (Henri). Considérations physiologiques et nouvelle théorie de la syncope. Th. inaug. Paris, Feugeray, 1803, in-8° br.

2232. — VAN DEN BOSCH. De natura et utilitate liquoris amnii. Trajecti ad Rhenum. Th. inaug. An XIII, in-4° br.

2233. — JOUREL (M. F.). Sur la délivrance dans le cas d'hémorrhagie utérine. Th. inaug. Paris, Didot, 1804, in-4° br.

2234. — DÉSORMEAUX (Lev.-Satur.). De partu naturali. Th. inaug. Paris, 1775, in-4°. 2 feuilles.

2235. — DEMOURS (Ant.-Pierr.). An retina immediatum visionis organum? Paris, 1782, in-4°. 3 feuilles br.

2236. — ISEBREE (Adr.). De capthis. Th. inaug. Lugduni Batav., 1743, in-4° br.

2237. — PLOUVIEZ, de Lille. Causeries sur la thérapeutique générale. Mémoire couronné par la Société des sciences médicales de Bruxelles au concours de 1853. Bruxelles, Tircher, 1855, in-8° br.

2238. — HUTIN (Félix). Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la guérison radicale de l'hydrocèle vaginale. Rapport fait à l'Acad. de médec. le 28 juin 1853. Paris, J. B. Baillière, 1853, in-8° br.

2239. — FEYRABENN (Gottlieb.), De aphthis. Th. inaug. Erfordiæ, 1727, in-4° br.

2240. — MILLER (Ludov.). De varicibus. Th. inaug. Altdorffi, 1680, in-4° br.

2241. — MAGISTEL (Ant.). Considérations sur l'anatomie et la physiologie de la langue. Th. inaug. Paris, Didot, 1826.

2242. — SCHLÆGER (Joh.-Georg.). De gangliis. Th. inaug. Halæ Magdeburgicæ, 1748, in-4° br.

2243. — MOLL (Jos.-Christ.). De arcto inter cordis morbos convulsivosque connexu. Th. inaug. Bonnæ, 1823, in-4° br.

2244. — VAN MEURS (Lambert). Systematis vasorum absorbentium succincta descriptio. Th. inaug. Hardervici, 1786, in-4° br.

2245. — CORVISART-DESMARESTS. An noxiæ vulneribus turundæ? Th. inaug. Paris, 1782, in-4°. Une feuille.

2246. — DESFONTAINES (René). An magni abscessus ferro, non cauteriis, aperiendi? Th. inaug. Paris, 1782, in-4°. Une feuille.

2247. — PETIT-RADEL. (Phil.). An ad fœtus nutritionem lac et sanguis? Th. inaug. Paris, 1780, in-4°. 3 feuilles.

2248. — PUJOL. An chirurgia medicinæ principiorum inops sit? Th. inaug. Paris, 1782, in-4°. Une feuille.

2249. — Borie (Philibert). An causa partus ex uteri fibrarum explicatione non ultra producenda pendeat? Une feuille.

2250. — Anet (Pier.-Aug.). An a compressis nervis ossium insensibilitas? Th. inaug. Paris, 1785, in-4°. Une feuille.

2251. — Brotbeck (David). Anatome hydropicæ cum scholiis. Th. inaug. Tubingæ, 1791, in-4° br.

2252. — Fahr (Christo. Joachim). De morbis oculorum. Th. inaug. Witembergæ, 1688, in-4° br.

2253. — Herpin (F.). Méningitis ou inflammation des membranes de l'encéphale. Th. inaug. Paris, Didot, in-8° br.

2254. — Fischer (Richard). De ectropio. Th. inaug. Heidelberg, 1830, in-4° br.

2255. — Fickewirth (Benj. Car.). De febre sic dicta puerperarum. Th. inaug. Lipsiæ, 1798, in-4° br.

2256. — Foerber (Joan. Christo.). De injectionibus in gonorrhea. Th. inaug. Gottingæ, 1802, in-4° br.

2257. — Sonnet (A. J. Ch.). Sur les avantages de la demi-flexion pour réduction comme pour le traitement consécutif de la fracture de la jambe. Th. inaug. Paris, Didot, in-8° br.

2258. — Hédouin (Alex.-Aug.). Sur les écoulements provenant des affections diverses des organes génitaux de la femme et sur leur traitement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2259. — Haan (Joan. Georg.). De angina. Th. inaug. Friburgi Brisgoicæ, 1622, in-4° br.

2260. — Hahn (Johan.). De ophthalmia. Th. inaug. Erfurti, 1701, in-4° br.

2261. — Hünerwolff (Johan.). De ægilope. Th. inaug. Ienæ, 1695, in-4° br.

2262. — Genler (Joan. Car.). De uteri in partu rupturam minitantis therapia panegyris medica. Lipsiæ, 1783, in-4° br.

2263. — Gerson (Hirsch.). De forma corneæ oculi humani deque singulari visus phænomeno. Th. inaug. Gottingæ, 1810, in-4° br.

2264. — Götsius (Zacharias). De salivatione. Th. inaug. Ienæ, 1656, in-4° br.

2265. — Grav (Georgius). De fractura ossis tibiæ cum vulnere et prominenle osse. Th. inaug. 1659, in-4° br.

2266. — Beguinot (J.-Claud.). Sur les différents moyens employés pour la cure du cancer. Th. inaug. Paris, Migneret, 1803, in-4° br.

2267. — Wildbergh (Christ. Frid.). Decisiones medico-legales quæstionum dubiarum de infantibus neogenitis cum rationibus decidendi ex scientia medica desumptis. Gottingæ, 1808, in-12 cart.

2268. — Sarlandière. Physiologie de l'action musculaire appliquée aux arts d'imitation. Paris, 1830, in-8°, fig.

2269. — Spitzer (J.). Commentatio de hydrope. Paris, Gabon, 1829, in-8° br.

2270. — Sigault (J.-René). Discours sur les avantages de la section de la symphyse, qui devait être lu dans la séance publique de la Faculté de médec. de Paris le jeudi 5 novembre 1778. Paris, 1778, in-8° br.

2271. — Sigault (Jean-René). Analyse de trois procès-verbaux faits à l'occasion de l'opération de la symphyse sur la femme *Vespres*, avec des réflexions sur ces procès-verbaux. Paris, 1778, in-8° br.

2272. — Heurteloup. Trois épisodes pour servir à l'histoire de la lithotripsie, vulgairement appelée lithotritie. Paris, Labé, 1846, in 8° br., fig.

2273. — Haller (Jean). De vitium in et a morbis instauratione. Th. inaug. Halæ Magd., 1745, in-4° br.

2274. — Heim (Petr. Ant.). De motu musculari ejusdemque morbis. Th. inaug. Gottingæ, 1806, in-4° br.

2275. — Fischer (Ant. Frid.). De febre puerperarum. Th inaug. Witebergæ, 1802, in-4° br.

2276. — Jobert, de Lamballe. Études sur le système nerveux. Paris, Devénois, 1838, in-8°. 2 vol. br.

2277. — De Haen (Ant.). Difficultates circa modernorum systema de sensibilitate et irritabilitate humani corporis. Lugduni Batav., 1761, in-8° br.

2278. — Schmidtmuller (Joan. Ant.). De lympha. Erlangæ, 1801, in-8° br.

2279. — Isenflamm (Henri Frid.). De absorptione morbosa. Th. inaug. Erlangæ, 1791, in-8° br.

2280. — Schober (Gottlieb.). De podagra. Th. inaug. Ienæ, 1673.

2281. — Roussel (H. F.). De variis herpetum speciebus. Th. inaug. Cadomi, 1779, in-8° br.

2282. — Kniphoff (Joan. Melch.). Ægrum artuum tremore correptum. Th. inaug. Erfurti, 1684, in-4° br.

2283. — Loelius (Jean-Laur.). De scorbuto. Th. inaug. Ienæ, 1668, in-4° br.

2284. — Seiler (Burcard). Anatomia corporis humani senilis specimen. Erlangæ, 1800, in-4° br.

2285. — Jénin de Montègre. Expériences sur la digestion dans l'homme, suivies du rapport des commissaires de l'Institut Paris, 1814, in-8° br.

2286 — Nitschius (Joan. Frid.). De cancro. Th. inaug. Ienæ, 1713, in-4° br.

2287. — Beckers (Petr.). De hernia inguinali. Th. inaug. Paris, Didot, 1813, in-4° br.

2288. — Meyer (Franc.). De hæmorrhagia. Th. inaug. Lugduni Batav., 1752, in-4° br.

2289. — Coussays (J. J.). De la névralgie considérée en général. Th. inaug. Paris, Didot, 1812, in-4° br.

2290. — Brandt (Joan. Frid.). Pathologia hæmorrhagiarum in universum spectata. Th. inaug. Vitembergæ, 1799, in-4° br.

2291. — Fiefuet (Ph. J.). De catheteris flexilis e lamella argentea conflati et emendati, in catheterem e gummi elastico compositum præstantia. Th. inaug. Par., 1788, in-4° br.

2292. — Paroisse (J. B.). De pessariis. Th. inaug. Par., 1788, in-4° br.

2293. — Heineken (Jean). De morbis nervorum eorumque frequentissima ex abdomine origine. Th. inaug. Gœttingæ, 1783, in-4° br.

2294. — Ermerius (Ioan. Pet.). De febre vulgo dicta puerperali pro singulari specie non habenda. Th. inaug. Lugduni Batav., 1782, in-4° br.

2295. — Hunault (C. A. d'Angers). Recherches comparatives sur la lithotomie. Paris, Didot, 1824, in-4° br.

2296. — Maunoir (de Genève). Sur la section de l'artère entre deux ligatures dans l'opération de l'anévrysme. Th. inaug. Paris, Didot, 1804, in-4° br.

2297. — Dutertre (P.). Observations sur les plaies en général. Didot, 1805, in-4° br.

2298. — Aussandon (J.). Sur la ménorrhagie. Th. inaug. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2299. — Ledentu (L. E. Aug.). Considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'appareil biliaire. Th. inaug. Paris, Didot, 1826, in-4° br.

2300. — Béclère (Claude). De l'hérédité dans les maladies. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1845, in-4° br.

2301. — Lallement. Propositions chirurgicales. Th. inaug. Paris, Crapelet, 1803, in-4° br.

2302. — Moncamp (Evenor). Sur les sympathies pathologiques. Th. inaug. Paris, Didot, 1819, in-4° br.

2303. — Piedagnel (H.). Quelques observations remarquables. Th. inaug. Paris, Didot, 1827, in-4° br.

2304. — Pezolt (Ioan.). De amputatione membrorum. Th. inaug. Gœttingæ, 1778, in-4° br.

2305. — Duclos (H. F.). Considérations générales sur la menstruation. Paris, Didot, 1820, in-4° br.

2306. — Devergie (Alphonse). Mémoire sur la contraction organique sensible des systèmes musculaires de la vie organique et de la vie animale. Paris, in-4° br.

2307. — Busch (Georg. Fr.). De hæmorrhagiis uteri post partum. Th. inaug. Marburgi, 1830, in-8° cart.

2308. — Querl (Ferd.). De febre puerperali. Th. inaug. Lipsiæ, 1825, in-4° br.

2309. — Bourdon (Isidore). Recherches sur le mécanisme de la respiration et sur la circulation du sang. Paris, J. B. Baillière, 1820, in-8° br.

2310. — Hoffmann (Ioan.). De miris quibusdam motibus spasmodio convulsivis vagis. Th. inaug. 1751, in-4° br.

2311. — Chaussier. Tableau synoptique des muscles de l'homme. Paris, 1797, in-4° br.

2312. — Amussat (J. Z.). Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus et sur la possibilité d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe. Paris, G. Baillière, 1842, in-8° br.

2313. — Ollivier (d'Angers). Consultation médico-légale sur un cas de blessure par arme à feu. Paris, J. B. Baillière, 1839, in-8° br.

2314. — Chervin (N.). Recherches médico-philosophiques sur les causes physiques de la polygamie dans les pays chauds. Th. inaug. Paris, Didot, 1812, in-4° br.

2315. — Ludoff (Christ. Frid.). De doloribus. Th. inaug. Halæ Magd., 1730, in-4° br.

2316. — Lealhem (Samuel). De ictero. Th. inaug. Lugduni Batav., 1789.

2317. — Mensching (Aug.). De regulis generalibus in morborum curationibus ubique observandis. Th. inaug. Gœttingæ, 1777, in-4° br.

2318. — Colombe (L.-F.). Discours sur la fracture du col du fémur. Th. inaug. Paris, Didot, 1822, in-4° br.

2319. — Colombot (P. C.). L'opération du trépan est-elle toujours indiquée dans les cas de fracture du crâne, de compression du cerveau et de commotion de cet organe? Th. inaug. Paris, Didot, 1804, in-4° br.

2320. — Dance (J. B. Hipp.). Essai sur la métrite aiguë puerpérale, précédé de quelques considérations générales sur les maladies des femmes en couches. Th. inaug. Paris, 1826, In-4° br.

2321. — Van der Em (Nicol.). — De artis obstetricæ hodiernorum præ veterum præstantia, ratione partus naturalis. Th. inaug. Lugduni Batav., 1783, in-4 br.

2322. — Van Leuwen (Léonard). Même titre que le précédent. Th. inaug. Lugduni Batav., 1783, in-4° br.

2323. — Dupuy (Gasp. Cochon). An post gravem, ab ictu, vel casu violento, capitis contusionem etiam mediocriter suspecta cranii fractura vel fissura cutis una cum pericranio ad os usque incidenda? Th. inaug. Paris, 1734, 1 feuille in-4°.

2324. — Pelletan. Unité de l'art de guérir démontrée : 1° par la similitude des parties qui constituent les organes, 2° par la similitude des maladies qui attaquent ces organes, 3° par l'identité des moyens de guérison, soit que la nature opère cette guérison, soit que l'art vienne à son secours. Paris, Didot, 1815, in-4° br.

2325. — Ricard (L. Const.). Sur la néphrite calculeuse. Th. inaug. Paris, Didot, 1825.

2326. — Malle (Petrus). De asphyxia. Th. conc. agreg. Argentorati, 1829, in-4° br.

2327. — Deroux (Adolphe). Considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1837, in-4° br.

2328. — Deggeller (Tobias). De freno linguæ. Th. inaug. 1706, in-4° br.

2329. — Degrusse (Ch.-Gust.). Aponévrologie du cou. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2330. — Dufresnay (Henri). Estne salivalis sucus præcipuum instrumentum? Th. inaug. Paris, 1779, 1 feuille in-4°.

2331. — Dupré (Carol.). An in excitandis fonticulis lapis causticus præstantior? Th. inaug. Paris, 1779, in-4°. Une feuille.

2332. — Marchais (Petrus). Patellæ fractura Th. inaug. Paris, 1782, in-4°. 2 feuilles.

2333. — Jumelin (J. B.). An herpeti non venero sublimatum corrosivum. Th. inaug. Paris, 1773, in-4°. Une feuille.

2334. — Cozette (F. Henr.). Utrum ani fistula ferro tutius quam causticis, aut ligatur curatura? Th. inaug. Paris, 1786, in-4°. Une feuille.

2335. — Ruminet (Bern.). An noxlæ vulneribus turnndæ? Th. inaug. Paris, 1786, in-4°. Une feuille.

2336. — Dideron (Franc.). An hydropi venæ sectio? Th. inaug. Paris, 1785, In-4°. Une feuille.

2337. — Leroi (Alphonse). An in omni partu operatio chirurgica? Th. in. Parls, 1774, in-4°. Une fenille.

2338. — Baignères (J. B.). An herniæ inguinali cum adhæsione subligacuium nocet? Th. inaug. Paris, 1774, In-4°. Une feuille.

2339. — Denstorff (Joan.). De ani fistula ferro non medicamento cito, tuto et jucunde sananda? Th. inaug. Erfordiæ, 1767, in-4° br.

2340. — Dunal (Benjamin). De l'hémorrhagie produite par l'insertion du placenta sur le segment inférieur et sur le col de l'utérus. Th. inaug. Montpellier, 1855, in-8° br. (Aut.)

2341. — Monceaux (P. Vict.). Études cliniques sur le cancer de la matrice. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855, in-4° br. (Envoyée pour le prix Duval; 2 exemplaires.) (Aut.)

2342. — Burgraeve. Le vaccin vengé. Grand Hoste, 1855, in-8° br. (Aut.)

2343. — J. Roux, de Toulon. Fistules du larynx; occlusion par substitution; méthode nouvelle. Paris, 1855, in-8° br. (Aut.)

2344. — Beauclair (Adol.). Exposé d'un nouveau mode de rupture de l'ankylose de la hanche. Th. inaug. (Prix Duval; 2 exemplalres.) (Aut.)

2345. — Leroy, d'Etiolles. Des paralysies des membres inférieurs ou paraplégies. Recherches sur leur nature, leur forme et leur traitement. V. Masson, 1856, in-8° br.

2346. — Bouvier. Mémoire sur un procédé simple pour établir et entretenir le séton à la nuque. Paris, J. B. Baillière, in-8° br. (Aut.)

2347. — Bonarn (P. H.) Des affections scrofuleuses dites écrouelles; et observations sur l'utilité des feuilles et des racines du tussilage dans le traitement de cette maladie. (Offert à la Société par M. Marjolin, depuis le n° 2347 jusqu'au n° 2368.)

2348. — Zeitheim (Joan.). De aphthis. Th. inaug. Lugduni Batavorum, 1639, in-4° br.

2349. — Göbel (Édou.). Ueber ophthalmia Ægyptiaca. Th. inaug. Wurtzbourg, 1834, in-8° br.

2350. — Bellingeri (Carol.). Storia di nevralgia sopra orbitale curala col taglio e successione cauterizzatione del nervo con osservazioni fisio-pathologice sopre la medicina estratta. Bologna, 1834, in-8° br.

2351. — Nicolai (Math.). De scorbuto. Th. in. Ludg. Bat., 1639, in-4° br.

2352. — Noelken (Henri). De cephalitide. Th. in. Erfordiæ, 1798, in-4° br.

2353. — Drouot (M. T.). La vérité sur le traitement médical des cataractes et sur les résultats des opérations chirurgicales. Paris, G. Baillière, 1848, in-8° br.

2354. — Beauchesne. Réflexion sur une asphyxie d'un nouveau-né guérie par M. Dorthal à l'aide de l'immersion du placenta dans une liqueur spiritueuse. Paris, in-8° br.

2355. — Sontag (Samuel). De metastasi sive sede morborum mutata. — Halæ Magd. Th. inaug. 1731, in-4° br.

2356. — Cazenave (Alphée). De la blennorrhagie syphilitique. Paris, Labé, 1844, in-8° br.

2357. — Hygmore (Guillaume). De frigoris in corpus humanum potestate. Edimburgi. Th. inaug. 1778, in-8° br.

2358. — Legallois (César). Fragments d'un mémoire sur le temps durant lequel les jeunes animaux peuvent être sans danger privés de la respiration, soit à l'époque de l'accouchement, lorsqu'ils n'ont point encore respiré, soit à différents âges après leur naissance. Paris, Didot, 1834, in-4° br.

2359. — Thillaye. Essai sur l'emploi médical de l'électricité. Paris, 1803, Th. Inaug. In-8° br.

2360. — Rule (Joan.). De bilis physiologiam ac pathologiam exhibens. Gœttingæ, 1792, in-4° br.

2361. — Ségalas (P. S.). Observations de lithotritie suivies de quelques réflexions. Paris, 1831, in-8° br.

2362. — Nicod (P. L.). Mémoire sur les polypes de l'urètre et de la vessie. Paris, Everat, 1827, in-8° br.

2363. — Altham (G.). Exposer les avantages et les inconvénients de la taille sus-pubienne dans le cas de pierre volumineuse avec tuméfaction de la prostate. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1842, in-4° br.

2364. — Chardon. Des devoirs du médecin. Paris, 1852, in-8° br.

2365. — Rapatel (J. M.). De l'hydrocèle par épanchement. Th. inaug. Paris, 1803, in-4° br.

2366. — Gutmann (Henri). De metastasibus lactis. Th. inaug. Vitebergæ, 1793, in-4° br.

2367. — Froriep (Ludovic). De methodo neonatis asphycticis succurrendi. Jenæ, 1801, in-8° br.

2368. — Fasolt (Aug.). De panno scleroticæ. Th. inaug. Jenæ, 1802, in-4° br.

2369. — Bonnet (A) Traité des sections tendineuses et musculaires dans le strabisme, la myopie, la disposition à la fatigue des yeux, le bégayement, les pieds-bots, les difformités du genou, les torticolis, les fractures, etc., etc.; suivi d'un mémoire sur la névrotomie sous-cutanée. Paris, J. B. Baillière, 1841, 1 vol. in-8° br. (Aut.)

2370. — Bouvier. Maladies chroniques de l'appareil locomoteur.
Et Bailly (Emile). Leçons cliniques de M. le docteur Bouvier à l'hôpital des Enfants, recueillies par M. Bailly; première année, 1855. Mal vertébral, affections sous-occipitales, luxations anciennes et congénitales, strabisme. Paris, J. B. Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2371. — Meincke (Adolphe). De hydrope pericardi. Th. inaug. Erfordiæ, 1799, in-4° br. (M. Marjolin jusqu'au n° 2392.)

2372. — Maret. Mémoire sur le traitement qu'il convient de faire aux malades menacés ou attaqués de la gangrène sèche qui résulte du seigle ergoté. Dijon, 1771, in-4° br.

2373. — Bourdier de la Mouillière. An in venæ sectione revera sanguinis adsit dimotio? Th. inaug. Paris, 1781, in-4°. 2 feuilles.

2374. — Jeannet des Longrois. An pertinaci et inveteratæ uteri hæmorrhagiæ vinum anti-scorbuticum? Th. inaug. Paris, 1778, in-4°. Une feuille.

2375. — Delaplanche (Michel). An suppressis prioribus lochiis hirudines? Th. inaug. Paris, 1778, in-4° br. 2 feuilles.

2376. — Gentil (Claude Jos.). Utrum in deprimenda cataracta ipsius capsula inferne et postice sit primum secanda? Th. inaug. Paris, 1752, in-4° br.

2377. — Le Chieuillier (Ludovic). An ad sistendam membrorum rescisioni supervenientem hæmorrhagiam, detur artificium tutius vasorum ligatura? Th. inaug. Paris, 1752, in-4°. 2 feuilles.

2378. — Pautier de la Breulhe. An, ingruente in artus gangrena a causa interna, amputatio imperanda? Th. inaug. Paris, 1746, in-4° br.

2379. — Barjole (Jean-Baptiste). An in curanda ani fistula ferro præstent caustica? Th. inaug. Paris, 1742, in-4° br. Une feuille.

2380. — Robin (Jean-Jacques). Theses anatomico-chirurgicæ de anthrace. Paris, 1765, in-4° br. 3 feuilles.

2381. — Borie (Pascalius). An vulneribus ex catapultis globulos plumbeos relinquere aliquando præstet? Th. inaug. Paris, 1746, in-4° br. Une feuille.

2382. — Bellot (Florent Char.). An ad extrahendum vesicæ calculum diversa pro re nata debeat usurpari chirurgia? Th. inaug. Paris, 1746, in-4° br. Une feuille.

2383. — Lemonnier (Fr.). De œdemate. Th. inaug. Paris, 1765, in-4° br.

2384. — Castel. Explication physiologique des phénomènes observés chez Ritta-Christina. Ext. de l'*Abeille médic.* Paris, Gabon, 1830, in-8° br.

2385. — Sarlandière. Bdellomètre. Paris, in-8° br., fig.

2386. — Lecointre (Joannes). An inter ossa capiti varii nisus absumantur communicatione, vibratione, oppositione. Th. inaug. Paris, 1779, in-4° br. Une feuille.

2387. — Delaplanche (Mic. Fr.). An in usu vesicantium cautelæ tum medicæ, tum chirurgicæ? Th. inaug. Paris, 1778, in-4° br. 2 feuilles.

2388. — Leroux des Tillets. An capite fœtus incuncato vectis forcipibus anteponendus? Th. inaug. Paris, 1778, in-4° br. Une feuille.

2389. — Bournois de la Motte. An in omni tumore, ut plurimum sit, tentanda resolutio? Th. inaug. Paris, 1778, in-4° br. Une feuille.

2390. — Chéry (Jean-Bapt. Jos.). An prægnanti, superveniente uteri hæmorrhagia, partus manu promovendus? Th. inaug. Paris, 1778, in-4° br. Une feuille.

2391. — Thauraux (Joannes). An in curandis affectibus qui puerperarum suppressis prioribus lochiis superveniunt, sola antiphlogistica? Paris, 1776, in-4° br. 2 feuilles.

2392. — Chevalier de la Bourgeois. An chirurgus in arte sua medico certior? Paris, 1736, in-4° br. Une feuille.

2393. — Perret (A. L.).Essai sur les rétrécissements du rectum dus à l'inflammation. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855. 2 exempl. envoyés par l'auteur pour le prix *Duval.*

2394. — Thémoin (Aug.). Quelques considérations sur les plaies de la région scrotale. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856. 2 exempl. envoyés par l'auteur pour le prix *Duval.*

2395. — Bonnafont. Observations d'un bec-de-lièvre double très-compliqué, opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, suivi de quelques réflexions sur l'opportunité de faire cette opération. Paris, 1854, in-8° br. Offert par l'auteur.

2396. — Mordret (Ambroise). Des hémorrhagies des fosses nasales. Paris, Rignoux, 1847, in-4° br. Offert par l'auteur.

2397. — Mordret. Observation de cystite chronique, cas rare, difficulté de diagnostic. Ponction de la vessie; mort, autopsie. Paris, Moquet, 1851, in-8° br. (Aut.)

2398. — Mordret. État actuel de la vaccine considérée au point de vue pratique et théorique et dans ses rapports avec les maladies et la longévité. Mémoire couronné par l'Ac. royale de chirurgie de Madrid. Paris, G. Baillière, 1854, in-8° br. (Aut.)

2399. — Mordret. Considérations sur les adhérences du placenta à l'utérus. Gand, 1855, in-8° br. (Aut.)

2400. — Rotureau (A.). Étude sur les eaux minérales de Nauheim avec considérations et analyses chimiques, par Ad. Chatin. Paris, Labé, 1856, in-8° br. (Aut.)

2401. — Richard (Adol.). Traitement de la grenouillette par la méthode des injections. Rapport lu à la Société de médecine du département de la Seine, 4 janvier 1856. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2402. — Castorani (Raph.). De la kératite et de ses suites. Paris, G. Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2403. — Ross (Gustave). Zur pathologie und therapie der paralysen. Brunsweig, 1855, in-8° br. 6 planches. (Aut.)

2404. — Rothmund (Aug). Ueber die exarticulation des unterkiefers. Inaug. Abhandlung, München, 1853, in-8° br. (Aut.)

2405. — Rothmund (Aug.). Beitrage zur Kunsllchen, Pupillenbildung. Th. inaug. München, 1855. (Aut.)

2406. — Lenoir. Analyse du *Traité des maladies du sein et de la région mammaire,* par M. Velpeau. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2407. — Augien (Jean-Camille). De la rétrocession de la langue après l'ablation du corps du maxillaire inférieur. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-8° br. (Aut.)

2408. — Bouchacourt (Ant.). Du traitement de la grenouillette par l'injection iodée. Lyon, 1856, in-8°. Demi-feuille. (Aut.)

2409. — Bouchacourt (Ant.). Histoire d'une opération césarienne faite avec succès. *Extrait de la Gazette médicale de Lyon.* In-8°. (Aut.)

2410. — Bouchacourt (Ant.). De l'accouchement prématuré artificiel obtenu à l'aide des douches utérines. Lyon, 1855, in-8° br. (Aut.)

2411. — Sauveur (D.). Compte rendu des travaux de l'Académie royale de Belgique. Bruxelles, 1855, in-8° br. (Aut.)

2412. — Mattei. Considérations sur l'observation médicale en général. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2413. — Larrey (Hipp.). Notice sur le docteur Ernest Cloquet, lue à l'Académie de médecine dans la séance du 15 janvier 1856. 2 exemplaires. Paris, J. B. Baillière, 1856, in-4° br. (Aut.)

2414. — Dequevauvillers. Notice sur le docteur Ernest Cloquet. Paris, Martinet, 1856, in-8° br. (Aut.)

2415. — Didot. Présentation d'un nouveau porte-ligature et au besoin porte-caustique pour les polypes nasaux, pharyngiens, et pour certaines tumeurs de l'utérus et du vagin. Extrait du *Bulletin de l'Académie de Belgique*. Bruxelles, in-8° br. (Aut.)

2416. — Gaujot (Gust.). Du refoulement uni à l'élévation du bras considéré comme méthode générale pour la réduction des luxations récentes de l'épaule. Th. inaug. Paris, 1856, in-4° br. Prix Duval. (Aut.)

2417. — Fayau (Oliv.). Documents pour servir à l'histoire de l'enchondrôme. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br. (Aut.)

2418. — Germain (Vict.-Flavien). Nature et traitement chirurgical des tumeurs hémorrhoïdales. Th. inaug. Paris, 1856, in-4° br. (Verneuil.)

2419. — E. Cadet de Gassicourt. Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br. (Aut.)

2420. — Lambron (Ernest). Rapport à M. le préfet de l'Indre sur les médecins cantonaux, ou l'institution d'un service de médecine gratuite pour les indigents des campagnes. Châteauroux, Migné, 1855, in-8° br. (Aut.)

2421. — Lambron (E.). Notice historique et médicale sur Bagnères de Luchon. Paris, Napol. Chaix, in-8° br. (Aut.)

2422. — Crocq (J.). Traité des tumeurs blanches des articulations. Bruxelles, Tircher, 1854, in-8° br. (Aut.)

2423. — Crocq (J.). De la production et du mécanisme des positions dans les maladies articulaires. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*. Bruxelles, Tircher, 1856, in-8° br. (Aut.).

2424. — Crocq (J.). La méthode amovo-inamovible et le bandage ouaté. Bruxelles, in-8° br. (Aut.)

2425. — Crocq (J.). Rapport sur le concours pour la question au choix de médecine et de chirurgie, lu dans la séance du 12 juin 1854 à la Société des sciences médicales de Bruxelles. Bruxelles, 1854, in-8° br. (Aut.)

2426. — Crocq (J.). Étude sur le traitement des fractures de la jambe. Th. concours d'agrégation à Bruxelles. 1848, Grégoire, in-8° br. (Aut.)

2427. — Crocq (J.). De la méthode sous-cutanée du traitement de l'ostéite vertébrale et des abcès par congestion. Compte rendu d'une leçon clinique de M. J. Guérin à l'hôpital Saint-Pierre. Bruxelles, 1848. (Aut.)

2428. — Crocq (J.). Du traitement des fractures des membres. Mémoire couronné en 1849 par l'Académie de Belgique. Bruxelles, 1851. (Aut.)

2429. — Seutin. De l'étranglement herniaire ; moyen de le faire cesser sans recourir à l'opération. Bruxelles, Tircher, 1856, in-8° br. (Aut.)

2430. — Larrey (Hipp.). De l'occlusion des paupières dans le traitement des ophthalmies et des maladies des yeux. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2431. — Soulé (Eug.). De l'injection du perchlorure de fer dans le système veineux considérée comme moyen de guérir les varices et les ulcères rebelles des membres inférieurs. Bordeaux, 1856, in-8° br. (Aut.)

2432. — Fleury (J. V.) de Clermont. Mémoire sur le goitre cystique. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1856, in-8° br. (Aut.)

2433. — Charrier (Amédée). De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1854 à la Maternité de Paris. Th. inaug Paris, Rignoux, in-4° br. (Aut.)

2434. — Hoffmann (Aug.). De la ligature des veines. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br. (Aut.)

2435. — Chapel (Louis). Du cancroïde de la face et du traitement qu'il convient de lui appliquer. Extrait des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, tome XX. Paris, Baillière, 1856, in-4° br. (Aut.)

2436. — Blanc (L.). Rapport sur les eaux thermales d'Aix (en Savoie) pendant l'année 1855, suivi de quelques considérations pratiques sur leurs propriétés médicinales. Paris, Didot, 1856, in-8° br. (Aut.)

2437. — Chatelain (Ch). Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1854-55. Nancy, Grimblot, in-8° br. (Aut.)

2438. — Prô (José). Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1856, in-4° br. (Aut.)

2439. — Moissenet. Rapport sur le traitement des maladies cancéreuses par la méthode du docteur Landolphi à l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1856, in-4°. Offert par M. Broca.

2440. — Philipeaux (R.). Traité pratique de la cautérisation d'après l'enseignement clinique de M. le Prof. A. Bonnet, de Lyon. Paris, J. Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2441. — Thibierge. Des végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse. Extrait des *Archives*, mai 1856. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2442. — Herr (Georg.-Marie). De la luxation de la tête du fémur dans la fosse ovale, luxation sous-pubienne. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855, in-4° br. (Aut.)

2443. — Verneuil (Arist.). Quelques propositions sur les fibromes ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire, avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs, lues à la Société de biologie, octobre 1855. Paris, 1855, in-8° br. (Aut.)

2444. — Laujorrois (Pierre). Du renversement du talon considéré comme suite de l'amputation médio-tarsienne. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1855, in-4° br. (Aut.)

2445. — Costantini (Juseppe). Saggio de' risultati avuti nella clinica chirurgica della romana Universita per gli anni 1853 in 54-55. Roma, Olivieri, 1855, 1 vol. in-fol. br., fig. (Aut.)

2446. — SÉGALAS (P. S.). De la lithotritie considérée au point de vue de son application. 2e édit. Paris, J. B. Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2447. — BOUVIER. Electricité médicale. Rapport lu à l'Académie de médecine, les 8 et 22 avril 1856, au nom d'une commission composée de MM. Bérard, Gaultier de Claubry, Guéneau de Mussy, Longet, Poiseuille, Soubeiran, Bouvier. Paris, Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2448. — RIPOLL (Alph.). Essai sur l'arthrite vertébrale. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1850, in-4° br. (Aut.)

2449. — BROCA (Paul). Des anévrysmes et de leur traitement. Paris, Labé, 1856, in-8° br. (Aut.)

2450. — GOUBAUX (Armand) et FOLLIN. De la Cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques. Mémoire lu à la Société de biologie, dans la séance du 8 mars 1856. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2451. — FRIEDBERG (Hermann). Phlebitis in folge des olme tenotomie und olme Maschinenkraft Waend des chloroformnarkose ausgefurthen Brisement forcé des contrahirten und ankylotischen kniegelenkes. Berlin, 1856, in-8° br. (Aut.)

2452. — CAZENAVE (J. J.), de Bordeaux. Histoire de trois lithotrities et de trois tailles bilatérales exceptionnelles. Paris, J. B. Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2453. — LARREY (Hipp.). Discours prononcé aux obsèques de M. Amussat. Paris, Baillière, 1856, in-8° br. (Aut.)

2454. — GOURIET (Edouard). Considérations pratiques sur la lithotritie et sur le diagnostic des calculs vésicaux. Th. in. Paris, 1855, in-4° br. (Aut.)

2455. — OLLIER (Léop.). Recherches anatomo-pathologiques sur la structure interne des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement. Th. inaug. Montpellier, 1856, in-8° br. (Aut.)

2456. — GODARD (Ernest). Recherches sur les monorchides et les cryptorchides chez l'homme. Mémoire lu à la Société de biologie le 8 mars 1856. Paris, Masson, 1856, in-8° br. (Aut.)

2457. — DRON (Achille). Du double virus syphilitique. Th. inaug. Paris, 1856, in-4° br. (2 exemplaires envoyés pour le prix Duval). (Aut.)

2458. — FAURE. Recherches expérimentales sur l'asphyxie et son traitement. Extrait des *Archives de médecine*. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2459. — CABANELLAS. Compte rendu de l'Association des médecins de la Seine pour l'année 1855. Paris, Malteste, 1856, in-8° br. (Aut.)

2460. — JALLET (Alex.). De la valeur de la ponction vésicale hypogastrique, et du cathétérisme forcé. Th. inaug. Paris, 1855, in-4° br. (Aut.)

Paris. — Typographie de Henri Plon, imprimeur de l'Empereur, rue Garancière, 8.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance du 28 *juin* 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Éloge de M. le professeur Roux. — M. le secrétaire général lit l'éloge de M. le professeur Roux, membre honoraire de la Société. Il s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers collègues,

En vous voyant tous réunis dans ce jour de solennité pour entendre retracer la vie du chirurgien illustre, du savant collègue dont la perte nous fut si sensible, un sentiment de crainte et d'inquiétude me domine, et plus que jamais je sens que pour dire convenablement une telle existence, pour rendre à la mémoire de ce maître vénéré, qui voulut bien s'associer à nos travaux, un hommage digne d'elle et digne de vous, il fallait un interprète plus éloquent. A défaut d'éloquence, j'invoquerai la vérité ; elle sera encore assez belle pour paraître sans ornement.

Philibert-Joseph Roux, fils d'un chirurgien distingué d'Auxerre, naquit dans cette ville le 26 avril 1780. Il était encore enfant lorsqu'il perdit sa mère. Son père se remaria, heureusement pour lui ; il rencontra en effet dans sa belle-mère une digne et excellente femme qui l'aima aussi tendrement que s'il eût été son propre fils, et, grâce à sa bonté, il échappa souvent à des corrections paternelles un peu trop vives, non

pas qu'il eût commis des fautes bien graves, mais parce que ses plus simples espiègleries étaient sévèrement punies.

Ces preuves d'affection vraiment maternelle restèrent toujours gravées dans son cœur; à son tour il eut pour sa mère adoptive tout l'attachement d'un fils, et jusqu'à sa mort, arrivée il y a peu d'années, il l'entoura des soins les plus tendres.

Ce fut au collége d'Auxerre, dirigé alors par des Bénédictins, qu'il fit ses premières études; Joseph Fourier, l'auteur de la célèbre introduction au grand ouvrage sur l'Egypte et dont plus tard il devait faire l'éloge, y professait alors la rhétorique.

Ses études terminées, il était à peine rentré dans sa famille que, malgré son extrême jeunesse (il avait alors à peine quinze ans), son père l'envoya rejoindre l'armée à la frontière. Il reçut une commission de sous-aide et fut dirigé sur les ambulances de l'armée de Sambre-et-Meuse, sachant à peine saigner et faire un pansement.

Il partit pour Andernach le sac sur le dos, ne fit qu'un court séjour dans cette ville et fut envoyé à l'hôpital militaire d'Aix-la-Chapelle, où il resta dix-huit mois attaché au service des ambulances. Au bout de ce temps, il revint dans sa famille, après la dissolution du corps d'armée auquel il était attaché.

Quelque courte qu'eût été cette campagne, il en garda toujours le souvenir; il aimait à revenir sur cette époque de sa première jeunesse; il parlait souvent des premiers cas de chirurgie qui l'avaient frappé, et, comme si la vue de ces lieux témoins de ses premières armes l'eût rajeuni, jusque dans ces derniers temps il ne manqua jamais, pendant ses voyages en Allemagne, de se détourner pour les revoir.

A son retour de l'armée, son père se décida à l'envoyer à Paris pour y étudier la médecine; ses ressources pécuniaires étaient fort exiguës, mais il sut bientôt à force de travail se créer une sorte d'indépendance. En très peu de temps, il se fit remarquer parmi les meilleurs élèves, et dès l'an VI il remportait un prix à l'Ecole pratique. Son père fut tellement surpris de ce premier succès qu'il fit exprès le voyage de Paris pour en avoir la certitude.

A cette époque, il n'était bruit que d'un jeune professeur dont l'enseignement attirait à lui tout ce que l'école renfermait d'élèves avides de s'instruire : c'était Bichat. Lui aussi était fils d'un médecin honorable de la province, et tout jeune il avait également suivi l'armée à la frontière; puis, pressé du désir d'agrandir ses connaissances, il était venu à Paris, avait été remarqué par Desault, et bientôt d'élève était devenu maître.

Au milieu de ses nombreux auditeurs, Bichat ne tarda pas à distinguer M. Roux; il le prit en affection, l'associa à ses travaux avec Buisson, et dès ce moment, malgré la différence d'âge, il s'établit entre le maître et l'élève une étroite amitié que la mort devait bientôt briser, mais dont le temps ne put jamais effacer le souvenir.

Loin de là, ce sentiment devint dans le cœur de M. Roux comme une sorte do culte : il était fier d'avoir été l'ami et le collaborateur de cet homme prodigieux, dont le nom sera une des gloires de notre siècle, et, lorsque dans ses leçons ou dans ses entretiens le sujet le ramenait vers quelqu'une de ses découvertes, il en parlait avec une vivacité, un entraînement qui partaient autant de son cœur que de la juste admiration qu'il professait pour son illustre maître.

Sur un esprit jeune et ardent, l'amitié d'un tel homme devait avoir une influence immense; avec l'ardeur au travail, elle devait nécessairement communiquer cette confiance que ne rebutent ni les plus grandes difficultés ni la crainte d'un insuccès. Bichat avait succédé à Desault, M. Roux osa continuer Bichat. Ce magnifique ouvrage de l'*Anatomie descriptive* que la mort avait interrompu, il le termina; lui seul rédigea tout le cinquième volume. Certes, il fallait avoir en soi-même une bien grande confiance pour mener à bonne fin un pareil travail; et cependant ce n'était encore rien à côté de ce qu'il allait entreprendre.

En 1802, à la mort de Bichat, M. Roux n'avait que vingt-deux ans. Malgré sa jeunesse, il n'hésita pas à s'emparer hardiment de l'héritage de son maître et à continuer, avec ses seules ressources, ses cours particuliers, où affluait un si grand nombre d'auditeurs.

Le succès fut inespéré, et bientôt à son tour il prit rang parmi ces jeunes professeurs dont l'enseignement particulier, tout en étant l'honneur de la Faculté de Paris, lui faisait alors une si rude concurrence.

Ce fut dans le cloître de Saint-Jean-de-Beauvais, et plus tard dans la rue de la Huchette, qu'il ouvrit un amphithéâtre d'anatomie et de médecine opératoire. Vous dire l'affluence d'élèves qui s'attacha à son enseignement, vous dépeindre toute son activité et tous les subterfuges auxquels il dut recourir pour subvenir aux exigences d'un enseignement dont aujourd'hui nous n'avons plus d'exemple, ce serait dépasser le but que je me suis proposé. Ces souvenirs, d'ailleurs, ne peuvent être rappelés que par des contemporains; eux seuls pourraient bien faire l'histoire de cette brillante époque de l'enseignement particulier; car lorsqu'on a pu l'entendre conter par ceux mêmes qui y prirent une part active, on court grand risque, en parlant de semblables succès,

ou de rester au-dessous de la vérité, ou de sembler vouloir l'exagérer.

Mais ce n'était pas assez d'avoir réussi dans l'enseignement, M. Roux sentait qu'il lui fallait arriver à un hôpital. Bichat, son maître, n'avait-il pas porté le titre de médecin de l'Hôtel-Dieu ; n'était-ce pas là qu'il avait en partie fait ses belles recherches? Aussi lorsqu'une place de chirurgien en second vint à être créée dans cet hôpital, il n'hésita pas à se présenter au concours en même temps que Dupuytren, et s'il ne fut pas nommé, il prouva du moins qu'il pouvait se mesurer dignement avec ce redoutable adversaire.

En 1803, il passa sa thèse de docteur ; elle a pour titre : *Coup d'œil physiologique sur les sécrétions*, et consiste dans une série de propositions plus faciles à développer qu'à analyser. Elle précéda de peu l'apparition du cinquième volume de l'*Anatomie descriptive* de Bichat, dans lequel se trouvent contenus, outre la description de tous les organes glandulaires, celle des organes génitaux et urinaires de l'homme et de la femme, et tout ce qui a trait au fœtus et à ses dépendances.

Puis successivement, et à de courts intervalles, parurent divers mémoires de physiologie : l'un sur l'influence des nerfs du cerveau ou de la moelle épinière et ceux des ganglions réunis dans quelques organes contractiles, tels que l'œsophage, l'estomac, le diaphragme, le rectum et la vessie ; l'autre sur la sympathie organique ; et enfin le supplément au *Traité des maladies des voies urinaires* de Desault.

Comme vous le voyez, l'activité du jeune professeur, loin de se ralentir, semblait puiser une nouvelle énergie dans la multiplicité de ses travaux. Occupé de ses cours particuliers d'anatomie, de physiologie et de médecine opératoire, chargé en outre comme chirurgien en second d'un service à l'hôpital Beaujon, il trouva encore le moyen de publier quelques fragments de nosographie chirurgicale, un mémoire sur les avantages de l'adhérence des poumons aux parois de la poitrine dans les plaies pénétrantes, des recherches sur le cancer, sur les phénomènes de continuité de l'inflammation et sur la pression abdominale appliquée au diagnostic des maladies de poitrine.

C'était par ces divers travaux que M. Roux préludait dans la carrière qu'il devait parcourir d'une manière si brillante. En 1809, il les réunit en un volume, aujourd'hui assez rare, ayant pour titre : *Mélanges de chirurgie et de physiologie*.

Il faut lire la préface qu'il mit en tête, pour voir comme déjà il se défend de la publication d'un ouvrage didactique. Mais, disons-le tout de suite, il obéissait bien moins à l'impulsion scientifique de l'époque qu'à une voix intérieure qui lui disait qu'il ne pourrait jamais mener à fin

un traité général. Une seule fois il l'a tenté, comme nous le verrons en parlant de sa médecine opératoire, et au grand regret de tous la seconde partie de l'ouvrage n'a jamais été imprimée.

Ce qui semblera peut-être singulier, c'est qu'après s'être si bien défendu de vouloir publier aucun ouvrage didactique, il débuta, dans ces mêmes *Mélanges de chirurgie et de physiologie*, par trois chapitres qui ne sont autres que des essais d'une vaste classification nosologique des fractures, des luxations et des hernies. Nul doute que bien des fois, malgré tout ce qu'il avait pu dire, il n'ait eu la pensée d'entreprendre un traité complet de pathologie chirurgicale, sinon d'une manière suivie, au moins par fragments, genre de travail qui convenait le plus à la tournure de son esprit.

Outre ces divers travaux, sont encore consignés dans ce recueil des recherches sur les polypes utérins, et plusieurs faits cliniques importants au nombre desquels se trouve son premier cas de résection de la tête de l'humérus.

M. Roux, bien que fort jeune, avait déjà acquis par son enseignement et par ses publications un rang distingué parmi les chirurgiens, lorsque en 1812, à la mort de Sabatier, la chaire de médecine opératoire étant devenue vacante, il se mit sur les rangs. Le sujet qui lui échut était en quelque sorte neuf, la science ne possédant alors que des documents épars et peu nombreux. Malgré cette difficulté et le peu de temps accordé, il s'en tira avec beaucoup d'honneur, et sa thèse sur les résections restera non-seulement comme un souvenir de ce mémorable concours, mais aussi comme la première monographie publiée sur ce sujet.

Dans l'année suivante parut le premier volume de ses *Eléments de médecine opératoire;* cet ouvrage, dont la première partie seule a été imprimée et dont tout le manuscrit existe, a un caractère essentiellement pratique.

Le chapitre des plaies, écrit avec beaucoup de soin, renferme d'intéressantes considérations sur la réunion des tendons au moyen de la suture, et la question des anévrismes y est déjà traitée avec une sorte de prédilection.

Le second volume était entièrement composé, lorsque des circonstances imprévues en firent ajourner l'impression. On était en 1814 : désespéré de voir dans nos hôpitaux un si grand nombre de blessés périr à la suite des amputations, et croyant que ces insuccès dépendaient de l'emploi habituel de la réunion par deuxième intention, il voulut convaincre les chirurgiens des avantages de la réunion immé-

diate, et, dans ce but, il communiqua à l'Institut un mémoire dans lequel il essaya de démontrer toute la supériorité de cette méthode.

Il exposa avec grand soin toutes les précautions à prendre pour bien réussir; et afin de prouver qu'il n'obéissait pas seulement à de simples idées théoriques, il cita les faits qui lui étaient particuliers, ceux qu'il avait observés soit à Beaujon, soit en Espagne pendant son voyage avec Boyer, soit à la Charité, où depuis quelques années il occupait la place de chirurgien en second.

Percy, chargé du rapport conjointement avec Deschamps, rendit pleinement justice à ce travail. Il cita à l'appui le chiffre si remarquable des amputations faites avec succès à la bataille de Newbourg; mais il faut ajouter aussi, pour être juste, que ce relevé prouva au moins autant l'utilité de l'amputation immédiate que celle de la réunion par première intention.

Comment était née cette méthode, comment s'était-elle en quelque sorte identifiée avec la pratique des chirurgiens anglais? C'est une circonstance assez intéressante pour la rappeler au moment surtout où nous allons voir quelle influence les voyages peuvent avoir sur les sciences; voici comment Percy la raconte.

Vers 1772, Benjamin Bell, visitant la France, étonné du peu d'attention que les chirurgiens apportaient à ménager les téguments dans toutes leurs opérations, et frappé des inconvénients qui résultaient de cette méthode, songea à en suivre une tout opposée.

De retour dans son pays, il commença, dans les premières amputations du sein qu'il pratiqua, par ménager autant que possible la peau, et voyant tous les avantages de ce procédé, il l'appliqua dès lors aux amputations de la cuisse. C'est à dater de ce moment que cette heureuse modification, à laquelle on a peut-être donné à tort le nom de méthode d'Alanson, fut généralement adoptée en Angleterre dans les hôpitaux et à l'armée.

Il avait donc suffi, comme vous venez de le voir, d'un voyage pour faire dans la chirurgie une révolution immense. Voyons maintenant quel heureux parti M. Roux tira de sa visite en Angleterre.

La paix venait d'être conclue; nul obstacle ne s'opposant au désir qu'il avait depuis longtemps de mieux connaître la chirurgie anglaise et de voir de près des hommes qui jouissaient d'une grande célébrité, il se rendit à Londres. C'est le résultat de ses observations qu'il publia en 1815 sous le titre de *Voyage à Londres*, ou *Parallèle de la chirurgie anglaise avec la chirurgie française*. Ce livre eut d'autant plus de retentissement que, bien qu'à des époques diverses Morand, Ténon,

Chopart et Antoine Dubois eussent visité l'Angleterre, aucun n'avait publié de renseignements complets sur l'état de la science chez nos voisins.

Etudié aujourd'hui, non-seulement cet ouvrage n'a rien perdu de sa première valeur, mais il nous offre un nouvel intérêt en nous montrant quelle était alors l'opinion de M. Roux sur certains points de la science et comment elle s'est modifiée depuis. Mais si l'expérience apporta quelques changements à sa pratique, il est des points pourtant sur lesquels il n'a jamais varié : telle a été sa prédilection constante pour l'extraction de la cataracte. Quels pouvaient être, dès cette époque, les motifs de sa préférence ? Il nous les expose lui-même dans son récit : « J'ai fait, dit-il, deux fois, en présence de MM. Travers et Lawrence, » l'opération de la cataracte par extraction, méthode, le dirai-je! pour » laquelle j'ai peine à me défendre d'un peu de prédilection. En effet » elle permet mieux que l'abaissement à chaque opérateur d'avoir uue » manière à lui, et de montrer ou une adresse naturelle, ou une dex- » térité acquise par l'habitude. »

Du reste, tout en défendant l'extraction dans la cataracte, M. Roux reconnaissait qu'il est des cas où l'abaissement est préférable ; et s'il invoquait à l'appui de son opinion l'habitude ou l'habileté manuelle, il pouvait aussi se fonder sur ses résultats, car lorsque en 1817 il communiqua à l'Institut le résumé de sa pratique, il n'avait pas opéré moins de 700 individus, sur lesquels il avait obtenu les sept dixièmes de guérisons.

Plus tard le nombre total de ses opérations s'éleva à plus de 3,000, chiffre immense, mais qu'il devait autant à ses nombreux succès qu'à son habileté incontestable.

L'apparition de cet ouvrage fut comme un trait d'union entre la chirurgie anglaise et la chirurgie française ; et on ne pourra jamais assez redire quelle influence eut le récit bien fait de quelques mois passés au milieu de tout ce que Londres renfermait de chirurgiens distingués.

Les relations scientifiques que la guerre avait si longtemps suspendues se rétablirent. Aux noms déjà connus d'Everard Home, de Kline, d'Abernethy, vinrent s'ajouter ceux d'Astley Cooper, de Brodie, de Lawrence, de Travers, de Charles Bell, et bientôt leurs précieux travaux se répandirent dans toute la France.

M. Roux écrivit ce voyage avec entraînement ; il peignit les hommes de cette époque avec vérité, et il les représenta pleins de ce feu sacré, de cette noble passion pour la science qui ne l'ont lui-même jamais abandonné. Avec quel plaisir ne lit-on pas ces premières pages dans

lesquelles il parle non-seulement de la façon honorable et gracieuse dont il fut accueilli, mais aussi des relations dignes de ces hommes de talent entre eux. On est si bien initié aux manières, aux usages de chacun d'eux, que dès ce moment ils cessent de vous être étrangers.

C'est par ces préliminaires qu'il débute; puis, après avoir fait connaître au lecteur les divers hôpitaux et les diverses institutions scientifiques de Londres, il l'amène à l'examen des doctrines et des pratiques chirurgicales.

On se tromperait cependant si on croyait que dans cet ouvrage M. Roux a donné trop d'éloges à la chirurgie anglaise. Critique de bon ton et toujours éclairé, il sut blâmer l'abus de la réunion immédiate avec autant de discernement qu'il avait mis de conviction à soutenir ses avantages dans les amputations. S'il rendit justice à la conduite des chirurgiens anglais dans les luxations compliquées du pied, il n'hésita pas à dire qu'à cette époque ils étaient inférieurs à nous dans le traitement des fractures; et, fidèle aux principes de l'école de Desault, non-seulement il s'éleva contre la méthode de Pott dans le traitement des fractures des membres inférieurs, mais il combattit les idées d'Astley Cooper sur l'impossibilité de la consolidation dans quelques fractures du col du fémur.

Convaincu de l'importance des plus petits détails en chirurgie, il examina tout avec le plus grand soin; depuis les appareils les plus ingénieux jusqu'aux moindres pansements, rien ne lui échappa. Pour n'en citer qu'un exemple, je dirai que c'est peut-être à lui que nous devons l'introduction en France d'un usage tellement simple qu'on devrait croire qu'il a toujours existé, celui de couper aussi près que possible du nœud l'un des chefs de la ligature. C'est également à lui que nous sommes redevables de l'emploi des bandelettes dans le pansement des ulcères.

Bien différent de quelques personnes qui changent souvent de méthode sans motif réel, il n'adopta pas tout de suite tous les usages des chirurgiens anglais. Ainsi, bien qu'il les eût vus étreindre franchement l'artère avec une ligature cylindrique, longtemps encore il préféra se servir de fils plats formant une sorte de ruban; longtemps encore il appliqua aussi des ligatures d'attente, et se servit, comme Scarpa, d'un petit rouleau de diachylon interposé entre la ligature et l'artère.

Dans les voyages, tantôt nous examinons tout avec prévention; d'autres fois aussi nous nous laissons trop facilement séduire; et ce fut peut-être pour avoir vu deux fois A. Cooper employer le gorgeret d'Hawkins que M. Roux se laissa aller à suivre pendant longtemps

cette méthode plus brillante que sûre. Dans ses dernières années, il en reconnut les inconvénients et revint à la taille latéralisée et à l'emploi du lithotome caché de frère Côme.

J'abuserais de votre attention si j'entrais dans de plus longs détails sur tout ce que renferme ce livre intéressant. Vous le savez tous, c'est là aussi que l'on trouve, avec la description du cancer des ramoneurs, tout ce qui a trait au fongus hématode, à la classification des anévrismes, au perfectionnement de la méthode d'Anel, et enfin les procédés d'Adams pour la pupille artificielle et pour l'ectropion.

La relation du voyage de M. Roux nous avait fait connaître l'état de la chirurgie anglaise; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'à son tour il fit connaître en Angleterre les progrès des chirurgiens français, et qu'il rectifia bien des opinions erronées sur leur pratique.

On croyait généralement de l'autre côté du détroit que nous abusions du féu et des moxas dans le traitement des affections articulaires; il combattit cette idée et prouva tout ce que cette méthode bien employée avait d'avantageux. On connaissait à peine le procédé de Chopart dans la désarticulation du pied; il le démontra et indiqua quelles étaient les règles les plus certaines pour bien pénétrer dans l'articulation en se guidant sur la saillie de l'apophyse du scaphoïde. La ligature des polypes d'après la méthode de Desault n'avait pas encore été employée, Brodie, pour la première fois, la tenta d'après ses conseils.

Si donc il avait largement emprunté aux Anglais, il leur avait rendu avec la même profusion; et, ce qui était tout aussi important, il avait rectifié leur jugement sur notre pratique.

Après de tels débuts on pouvait prédire un brillant avenir; et, en effet, nous touchons à l'époque où la staphyloraphie vint ajouter un nouveau lustre à sa réputation chirurgicale. Nous sommes en 1819. Pour la première fois, il tente de réunir le voile du palais divisé, et la première tentative est un succès.

Il est des travaux qu'on ne doit pas analyser, et le mémoire dans lequel M. Roux rendit compte un peu plus tard à l'Académie de médecine de ses douze opérations est peut-être de ce nombre. Essayez d'écrire l'histoire de la staphyloraphie, il faudra toujours que vous en veniez à reproduire l'histoire de l'entrevue du docteur Stephenson; car il est difficile de mieux la conter. Toute la découverte de cette ingénieuse opération est dans cette anecdote. Qui de vous ne se rappelle la visite de ce jeune médecin étranger venant prendre congé de son professeur? Dans la conversation, M. Roux, s'apercevant de la difficulté de sa prononciation, croit à quelque peccadille de jeunesse; il questionne

son jeune confrère avec amitié; puis, la vérité connue, il lui fait ses excuses sur ses soupçons et l'examine. C'est alors que tout d'un coup, en observant le jeu des muscles du voile du palais, il conçoit la possibilité de rapprocher les bords de cette division par une opération plus délicate, mais analogue à celle du bec-de-lièvre. A peine a-t-il fait part à M. Stephenson de son idée et de la possibilité d'une guérison, que celui-ci, à son tour, lui laisse à peine le temps de réfléchir sur le procédé ; un bistouri boutonné, un porte-aiguille, voilà les seuls instruments pour faire, le surlendemain, cette opération si délicate, et douze jours après le malade lira lui-même son observation devant l'Académie des sciences.

Je vous laisse à penser qui fut le plus heureux de M. Stephenson ou de M. Roux ! L'un se trouvait pour toujours délivré d'une infirmité qui pouvait être un obstacle à sa carrière, et l'autre avait eu le bonheur, dans une première tentative, de rendre à un confrère un service inespéré. Quelle fortune ! Mais si le hasard avait bien servi M. Roux, avouons aussi que son génie chirurgical l'avait bien inspiré, et qu'il ne laissa plus à la staphyloraphie une fois créée que de bien légers perfectionnements à subir.

Du reste, il ne se borna pas dans son mémoire à décrire l'opération telle qu'il l'avait conçue, il en indiqua toutes les conséquences et toutes les déductions pratiques pour l'ablation de certaines tumeurs, et, reconnaissant en outre que, dans les cas de division longitudinale de la voûte palatine, il fallait, pour combattre avec avantage le défaut de glissement de la membrane muqueuse, modifier le procédé, il adopta dès lors les deux incisions latérales.

Il y a dans les sciences des questions qui, faute d'être envisagées sous leur véritable point de vue, donnent lieu à des luttes interminables sans pour cela faire le moindre progrès : telles sont les discussions de priorité, questions souvent stériles, trop souvent personnelles, et dans lesquelles l'amour-propre est bien plus en jeu que l'amour de la science.

On a contesté à M. Roux l'invention de la staphyloraphie, et on a dit que dès 1817 Graeffe (de Berlin) l'avait tentée sans succès. Rien de plus vrai; mais ce qui est également vrai, c'est qu'il ignorait complétement cette tentative et qu'il n'en eut connaissance qu'après sa lecture à l'Académie de médecine. Du reste, si c'est une contestation que l'on veut établir, je répondrai : Morinier et Jourdain avaient aussi fait des tentatives bien avant Graeffe, et dès lors l'honneur de la staphyloraphie n'appartiendrait plus au professeur de Berlin.

En résumé, que prouverait tout ceci? C'est qu'à diverses époques des hommes d'un grand talent ont eu une même pensée, un même but et qu'ils ont suivi presque la même voie; mais cela n'est pas suffisant dans les sciences pour acquérir un titre durable à la renommée ; une fois l'idée conçue, il faut la développer, la féconder : voilà ce que M. Roux a fait; aussi a-t-il toujours été, malgré quelques tentatives antérieures, considéré comme le véritable créateur de la staphyloraphie, et son nom restera seul attaché d'une manière impérissable à cette brillante conquête de la chirurgie moderne.

L'art qui prolonge nos jours est sans doute un bienfait, mais il est des infirmités tellement pénibles que la vie devient un supplice et que celui qui les fait disparaître acquiert peut-être plus de droits à notre reconnaissance que s'il nous eût préservés de la mort. C'est là le vrai triomphe de la chirurgie réparatrice, de cette chirurgie qui a fait tant de progrès dans ces dernières années. Il était réservé à M. Roux, l'inventeur de la staphyloraphie, de conquérir une nouvelle gloire en faisant revivre en France la suture du périnée.

Imaginée et faite pour la première fois avec succès par Guillemeau, reprise par Mauriceau, Lamotte et Smellie, elle faisait toujours le désespoir des chirurgiens, et bien que trois nouveaux succès eussent couronné les efforts de Noël (de Reims), de Saucerotte (de Lunéville) et de Montain (de Lyon), elle était retombée dans l'oubli. En vain en Allemagne les travaux de Mursinna, de Mentzel, d'Osiander et de Dieffenbach se continuaient, les succès passaient comme inaperçus sans éveiller l'attention des chirurgiens français.

Les choses en étaient là, lorsqu'en 1831 M. Roux, consulté pour la femme d'un confrère, reprit la question, et sans se laisser décourager par un premier insuccès, réfléchit aux causes qui l'avaient fait échouer, et modifia entièrement l'ancien procédé. Tantôt les découvertes tiennent à un hasard, à une bonne fortune, et quelques instants ont suffi à l'homme de génie pour faire plus de progrès qu'en bien des années. C'était ce qui était arrivé à M. Roux pour la staphyloraphie. Cette fois il fut guidé par la réflexion, la réflexion à la marche lente qui médite sur tout, sur les revers comme sur les succès.

Supposez un instant qu'il eût été heureux dans sa première tentative de suture du périnée par l'ancien procédé, il s'en serait tenu là, et très probablement on serait retombé plus tard dans une nouvelle série de revers. Mais ce n'est pas ce qui lui arriva. Touché de l'état de cette malheureuse femme, il réfléchit à la solution du problème, aux causes qui avaient fait échouer l'opération, et bientôt il vit qu'ayant à agir sur des

parties profondes, la suture entortillée était insuffisante. Il lui fallait une action plus puissante; la suture enchevillée seule était assez forte. Dès ce moment il modifia tout son plan; non content d'agir dans le fond de la plaie, il chercha à combattre par une suture simple l'écartement superficiel de ses bords. Ainsi conçue, il exécuta la seconde opération et obtint un plein succès; et lorsqu'en 1834 il lut son mémoire à l'Institut, il avait déjà opéré quatre malades, dont trois avaient guéri.

Que d'hommes célèbres n'ont pas de semblables titres à présenter! et pourtant je n'ai pas tout énuméré. N'est-ce pas à lui que nous sommes redevables de la plupart des travaux entrepris en France sur l'autoplastie, sur les résections? Ouvrez les recueils de médecine opératoire, et vous verrez qu'il n'est peut-être pas une de ces opérations qu'il n'ait pratiquée et quelquefois modifiée! Parcourez les thèses qui ont été publiées sur ce sujet, sans citer celles si remarquables de MM. Dubourg et Thore, et tant d'autres non moins intéressantes, vous verrez que la plupart se sont inspirées de ses savantes leçons!

Enfin, n'est-ce pas encore lui qui, d'abord partisan de la méthode ancienne dans le traitement des anévrismes, a tant contribué à répandre la méthode de la ligature loin de la tumeur? Rappelez-vous ces pages si intéressantes qu'il nous lut sur les maladies du système vasculaire, et avec quelle chaleur, tout en rendant justice à Hunter, il réclamait en faveur d'Anel! C'est que, malgré ses sympathies pour les savants de tous les pays, il y avait encore en lui un sentiment dominant, celui de l'amour national.

Dans une notice de ce genre, vous devez bien comprendre qu'il est impossible de passer en revue chacune des opinions scientifiques dont l'ensemble constitue le caractère individuel; ce serait peut-être aussi entrer dans une appréciation critique et sortir du rôle d'historien. D'une manière générale, on peut dire que M. Roux partageait la plupart des opinions de Boyer; seulement j'ajouterai que personne, parmi les chirugiens de notre époque, n'a porté aussi loin que lui le soin des moindres détails dans les opérations comme dans les pansements. Peut-être même l'espèce de coquetterie qu'il mettait dans l'application des appareils de fracture l'empêcha-t-elle d'adopter les appareils inamovibles; il se serait cru malheureux de savoir que la nature pouvait travailler à la formation d'un cal régulier sans sa surveillance.

Généralement ami du progrès jusque dans ses dernières années, il étudia chacune des découvertes de la chirurgie sans y apporter d'idée préconçue. La lithotritie, malgré toute son habileté dans les opérations, ne le trouva point systématiquement opposé, et, si on veut en avoir la

preuve, il suffit de parcourir le rapport qu'il fit en 1825 à l'Académie de médecine au nom de la section de chirurgie.

Que pouvait-on dire alors de plus encourageant à ceux qui avaient fait les premières recherches que les paroles suivantes? « Oui, les plus » grands éloges sont dus à ceux qui depuis quelques années s'occupent » avec tant de zèle du broiement de la pierre dans la vessie. » Et, comme si déjà il eût prévu toutes les discussions que soulèverait la question si difficile et si délicate du choix entre la taille et la lithotritie, il indiqua tout de suite la seule marche à suivre pour résoudre le problème, et termina ses sages conseils par cette phrase que tous les novateurs ne devraient jamais perdre de vue : « C'est en ne cachant rien de ce qui peut contribuer à dissiper le doute et l'incertitude sur tous ces points que ceux qui s'occupent spécialement de la lithotritie satisferont aux vœux de la science et travailleront à leur propre gloire. » Dans cette question, qui avait alors soulevé tant d'enthousiasme et tant d'injustes préventions, il eut le talent, en prévenant un jugement précipité, de conserver au corps scientifique dont il était l'organe une attitude digne et sévère, la seule, comme il le dit si bien, qui convînt à sa position, la seule qui fût digne de la section de chirurgie.

Vingt ans plus tard, à une époque où la lithotritie avait fait d'immenses progrès, une occasion le ramena à émettre son opinion sur ce sujet. MM. Fleury (de Clermont) et Raynaud (de Montauban) avaient adressé à l'Académie de médecine plusieurs observations de taille et de lithotritie chez des adultes et chez des enfants. Chargé, avec M. Velpeau, de rendre compte de ce double travail, il le fit avec d'autant plus de soin et de plaisir que les mémoires étaient envoyés par les fils de deux de ses anciens collègues auxquels il était sincèrement attaché, et que cette tâche, tout en lui donnant l'occasion d'exprimer franchement sa pensée sur l'état de la science, lui donnait aussi celle de prouver publiquement qu'héritiers de noms honorables, les deux jeunes chirurgiens, autrefois ses élèves, étaient dignes de les porter.

C'est donc dans ce rapport, traité, si je puis le dire, avec une véritable affection, qu'il faut chercher la dernière opinion de M. Roux sur la taille et la lithotritie.

Chez les adultes, pour les calculs moyens, il n'hésite pas à se prononcer en faveur de la taille latéralisée de préférence à la taille bilatérale, comme étant d'une exécution plus facile et plus prompte. Passant ensuite à l'examen du choix des méthodes d'après les âges, il commence par faire ressortir combien l'affection calculeuse est rare parmi

les enfants de la classe aisée et fréquent chez les enfants de la classe pauvre soumis à un régime insuffisant ou malsain.

Puis, abordant les motifs qui lui font préférer la taille dans l'enfance, il énumère les considérations pratiques très justes que vous connaissez tous, telles que la facilité de l'opération , la promptitude de la guérison et la rareté des hémorrhagies ou des accidents consécutifs.

Comme ce travail lui fournit l'occasion de parler des divers accidents de la taille, il en profite pour insister sur la gravité des hémorrhagies, et rappeler qu'à une époque assez éloignée il conseilla et pratiqua plusieurs fois avec succès la ligature de l'artère honteuse interne pour combattre les suites de la blessure d'une des artères du périnée.

Enfin, ce rapport n'est pas seulement intéressant parce qu'il résume l'opinion de M. Roux sur une question difficile, mais aussi par les réflexions qui le terminent.

Déplorant avec raison le peu de soin que les chirurgiens mettent à enregistrer le résultat de leurs opérations, il leur dit combien ils ont tort de se contenter, pour eux-mêmes, de leurs impressions générales et de simples souvenirs, et de quelle utilité seraient pour la science des relevés statistiques complets et rigoureux. Et comme le besoin de la vérité le domine, il rappelle à l'Académie l'espèce d'engagement tacite qui avait été pris par tous ceux qui étaient le plus en position de pratiquer la taille ou la lithotritie. « Ne soyons pas , dit-il, retenus par la » crainte d'avoir à mentionner trop de revers; un pareil sentiment » d'amour-propre ne saurait être approuvé; toute considération doit » céder devant l'intérêt de la science. »

Ah ! si ces belles paroles pouvaient être entendues de toutes les sociétés savantes, si chacun de nous voulait, dans sa pratique, recueillir avec soin tous les résultats non-seulement de ses tailles et de ses lithotrities, mais de toutes ses opérations, ne voyez-vous pas tout de suite que de doutes levés, que de questions résolues , et avec quelle rapidité la science s'avancerait sur les traces de la vérité, au lieu de s'épuiser en vains efforts à renverser le passé ou à errer au milieu du doute et de l'incertitude ?

La lithotritie , cette opération si ingénieuse , n'avait donc pas trouvé en lui une opposition systématique, mais un juge éclairé et impartial. Plus tard, lorsque la question de l'anesthésie, cette autre découverte moderne, vint à être déférée devant les corps savants, loin de la combattre, il s'empressa de la défendre, malgré toutes ses imperfections et ses dangers, et de l'acccueillir comme un sauveur appelé à délivrer désormais les malheureux patients d'horribles et cruelles souffrances.

Reconnaissant tous les services que la ténotomie bien appliquée peut rendre dans mainte circonstance, Il y recourut plusieurs fois; il l'employa même dans le strabisme. J'aurais peut-être évité de vous entretenir de ses opinions sur ce sujet si lui-même n'y était pas revenu à plusieurs reprises, et notamment en 1840, lors de la communication de M. Jules Guérin à l'Institut.

Nous avons tous notre faible, et M. Roux, qui avait bien d'autres titres à une juste célébrité que celui d'avoir guéri quelques personnes du strabisme par le seul effet d'une ferme volonté ou d'un exercice régulier, n'eut garde de laisser échapper l'occasion de revenir sur la communication qu'il avait faite en 1815. Mais il faut dire que, malgré tout ce que son opinion pouvait avoir de juste sur les causes et les effets du strabisme, malheureusement l'exemple qu'il choisissait n'était pas fait pour porter la conviction dans l'esprit de ses auditeurs. Il suffisait, en effet, de le regarder un instant pour voir que, malgré toute sa bonne volonté et tous ses efforts, l'un de ses yeux était habituellement dévié de l'axe naturel.

En rassemblant ses divers mémoires, son travail sur les plaies d'armes à feu, les articles si importants du dictionnaire et les rapports qu'il fit tant à l'Institut qu'à l'Académie de médecine, M. Roux ne pouvait pas se reprocher de n'avoir rien écrit.

Cependant, malgré ces preuves nombreuses de son activité, il ne se croyait pas encore quitte envers la science.

« Dans une carrière, disait-il, où l'observation est une source iné-
» puisable de nouvelles lumières et ajoute sans cesse à la somme des
» connaissances acquises, chacun est comptable des fruits de son ex-
» périence envers ceux qui lui succèdent; c'est une sorte d'héritage
» dont il doit compte à la postérité et que celle-ci a le droit de ré-
» clamer. »

Ce fut dans cette pensée qu'il entreprit de publier sous le titre de *Quarante années de pratique chirurgicale* tous les matériaux qu'il avait pu recueillir pendant sa longue carrière. Pour cet ouvrage, qui eût été en quelque sorte le legs de son expérience à la postérité, il avait choisi la forme épistolaire comme étant la seule qui lui permît de suivre son inspiration et de s'abandonner à l'impulsion de son esprit sans être retenu par aucune contrainte.

Une autre pensée lui avait inspiré cette forme : il voulait que ces lettres fussent comme autant de monuments élevés à l'amitié; elles devaient porter les noms des savants illustres qu'il affectionnait, de Lawrence, de Valentine Mott, de Riberi, de Chélius.

M. Roux commença cet ouvrage par la chirurgie réparatrice ; c'était un de ses sujets favoris et un de ceux qui avaient le plus contribué à sa réputation.

Il dédia le premier volume à l'illustre chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy à Londres, à W. Lawrence. La préface qu'il mit en tête est peut-être le portrait le plus fidèle que jamais auteur ait tracé de lui-même. Qui ne reconnaît son caractère dans ces lignes : « Je n'ai » suivi d'autre règle que celle qui m'était dictée par ma convenance, » par la direction de mes pensées ou par l'impulsion que mon esprit a » dû recevoir des circonstances? » N'est-ce pas là l'homme tel que nous l'avons connu, dont l'imagination féconde et la mémoire riche de faits intéressants avait souvent peine à se contenir dans les limites d'une question?

Cet ouvrage, qui n'est qu'une série d'entretiens sérieux, renferme les préceptes les plus instructifs ; ce n'est plus l'art didactique gêné par la contrainte, c'est une conversation facile dans laquelle les plus hauts préceptes de l'art font suite à des observations empruntées à sa longue et riche pratique. Voulez-vous être initiés à cette foule de petits détails si futiles en apparence et si précieux dans l'application, étudiez, méditez les *Lettres sur la chirurgie réparatrice.*

Outre tout le talent avec lequel elles sont écrites, il y a une autre qualité bien plus précieuse qui domine, c'est cette excessive bonne foi qui fut du reste le propre de son caractère. A côté du succès, vous trouvez le revers ; commet-il une faute, une erreur, il ne cherche pas à la dissimuler ; il la découvre et la met au grand jour, afin que d'autres ne viennent pas se briser au même écueil. Ne mettant, du reste, dans l'histoire de ses propres découvertes qu'un sentiment d'amour-propre bien naturel, il sait parfaitement rendre justice à chacun.

C'était ce volume qu'il terminait lorsqu'il ressentit les premières atteintes du mal qui devait bientôt l'emporter : malheureusement il ne put voir se réaliser le vœu qu'il avait formé depuis si longtemps. L'ardeur, l'activité qu'il mit à ce travail hâtèrent sans doute sa fin, et il descendit dans la tombe sans jouir de ce dernier succès.

Frappé d'une congestion cérébrale au moment où il se rendait à l'Institut pour remercier ce corps savant qui venait de l'élever aux honneurs de la présidence, il sentit qu'il touchait à sa fin ; il essaya cependant de lutter contre le mal, et un instant sa main défaillante reprit la plume ; mais bientôt, une seconde attaque plus violente que la première lui enlevant toutes ses facultés, il n'eut même pas la douce

consolation de contempler à ses derniers moments sa famille et ses amis réunis pour lui prodiguer les soins les plus affectueux.

Bien que depuis cette rechute tout espoir de guérison fût perdu, la nouvelle de la mort de M. Roux fut un coup pour tous ceux qui le connaissaient, et elle retentit douloureusement au sein de la Société de chirurgie. C'est qu'il en est d'une société comme d'une famille : lorsqu'une nouvelle alliance vient augmenter sa considération, son bonheur, on célèbre ce jour avec joie, et, lorsque la mort vient enlever celui qui était un juste sujet d'orgueil, l'affliction est générale ; on se rappelle le mérite, les qualités de celui qui n'est plus, et on regarde avec tristesse le vide qu'il a laissé.

A notre douleur, une autre inquiétude vint s'ajouter : qu'allait devenir l'ouvrage qu'il avait entrepris? Cet ouvrage, destiné à sauver de l'oubli tant de précieux documents, allait-il rester inachevé? Heureusement non. S'il avait été dans la destinée de M. Roux de ne pas voir ses derniers vœux s'accomplir, il était réservé à la Société de chirurgie de rendre à sa mémoire le même témoignage de respect et d'attachement qu'il avait rendu à celle de Bichat en terminant son *Anatomie descriptive*.

Dans la séance du 26 avril, sur la proposition de notre honorable collègue M. Larrey, il fut décidé qu'une démarche serait faite près de la famille pour lui offrir de surveiller la fin de l'impression de l'ouvrage. Cette demande ayant été accueillie avec empressement, la commission, composée de MM. Danyau, Lenoir, Larrey, Gosselin et Broca, se mit à l'œuvre, et, grâce à son activité, le premier volume si attendu put bientôt être livré au public.

Aujourd'hui le second volume, qui comprend toute l'histoire des anévrismes, est entièrement terminé, et, si je m'abstiens d'en faire l'analyse, c'est que cet honneur revient de droit à notre collègue M. Broca, qui a déployé dans cette circonstance un zèle dont nous ne saurions lui être trop reconnaissants.

Tel est, messieurs, le résumé bien incomplet des travaux qui ont contribué à placer M. Roux au nombre des chirurgiens les plus célèbres de notre époque. Qu'il me soit permis maintenant d'ajouter quelques mots de son caractère, et de vous parler de la trop courte période pendant laquelle il voulut bien s'associer aux travaux de la Société de chirurgie.

Nous l'avons vu nommé en 1807 chirurgien à Beaujon; en 1810, Boyer, dont il avait toujours suivi les leçons, et qui l'affectionnait à cause de ses qualités et de son talent, le fit entrer à la Charité comme

adjuint. Dès lors, jusqu'en 1833, il ne cessa de partager avec lui le service. Ce fut donc à cette grande école, qui représentait si fidèlement les principes de l'Académie royale de chirurgie, que M. Roux se forma.

Bien qu'il y eût entre Boyer et lui une grande différence de caractère, bien que souvent ils n'eussent pas les mêmes idées sur certaines questions, jamais l'harmonie du service ne souffrit de ces petites divisions. D'ailleurs Boyer, qui était fier des succès de celui qu'il avait choisi pour gendre, avait l'âme trop grande pour connaître la jalousie.

Singulier exemple des contradictions de l'esprit humain! Étant chirurgien en second, M. Roux s'était souvent plaint d'avoir en quelque sorte été privé de sa liberté d'action, et plus tard on l'entendit plusieurs fois répéter qu'il était fâcheux que le titre de chirurgien en chef eût été aboli. Quel motif lui inspirait cette pensée? Le désir d'un nouveau titre? Il ne pouvait alors en envier aucun. Était-ce la conviction qu'à ce prix seul on peut conserver les traditions et former d'excellents chefs? Il avait alors raison, mais il oubliait que lui qui avait eu quelque peine à accepter les conseils d'un ami, d'un père, n'aurait jamais pu vivre à côté d'un chef, encore moins d'un rival.

M. Roux avait dû son entrée dans les hôpitaux à la manière brillante dont il avait concouru en 1802. Plus tard, ses succès dans l'enseignement particulier, la lutte glorieuse qu'il soutint en 1812 marquèrent sa place à l'École de médecine; aussi lorsqu'en 1820 la chaire de pathologie externe devint vacante, il succéda à Percy, et professa en outre la clinique à la Charité jusqu'en 1835, époque à laquelle il remplaça Dupuytren à l'Hôtel-Dieu.

Si je n'avais craint de dépasser les bornes dans lesquelles je dois me renfermer, j'aurais saisi cette occasion de faire devant vous le parallèle des deux écoles, de l'Hôtel-Dieu et de la Charité. En effet, au moment où M. Roux changea de service, Sanson était encore à l'Hôtel-Dieu; s'il ne représentait pas les doctrines trop absolues de Dupuytren, parce que sa noble indépendance s'y refusait, il en avait au moins conservé les plus précieuses traditions, et de plus il avait enrichi sa propre pratique de tout ce que sa grande expérience lui avait enseigné, et tout ce que sa vaste érudition lui avait permis d'emprunter aux écoles étrangères. Mais un semblable examen m'entraînant trop loin, revenons à M. Roux.

Nous venons de le voir quitter la Charité et entrer à l'Hôtel-Dieu. Il lui fut donc donné, comme à Desault, d'occuper dans sa longue carrière les deux plus grands hôpitaux de Paris; et lorsque la mort vint

le surprendre, à soixante-quatorze ans, elle le trouva tout aussi actif, tout aussi zélé que dans les plus belles années de sa jeunesse.

Commençant toujours la visite de bonne heure, comme il était d'une grande exactitude, il avait le droit d'être exigeant envers tout le monde. Recherché dans ses manières et dans sa tenue, sensible aux devoirs de la politesse, il ne voulait pas qu'on en perdît l'habitude à l'hôpital, et il était tellement sévère sur ce point, qu'à moins d'indisposition il ne tolérait pas qu'on fît son service la tête couverte. Du reste bon et affable, il était en général gai et heureux de se trouver au milieu des jeunes gens, et se laissait aller assez facilement à une causerie familière. D'une grande exigence pour tout ce qui tenait aux pansements, jamais il ne passait le moindre oubli, le moindre défaut de soin, et comme il excellait dans l'art d'appliquer les appareils, il voulait que chacun l'imitât.

Les élèves affluaient à ses opérations, à sa clinique; et parmi les nombreux médecins étrangers qui visitent nos hôpitaux, il n'en était pas un qui ne voulût entendre sa parole si autorisée, et être témoin de sa merveilleuse dextérité; aussi étaient-ils assidus à l'Hôtel-Dieu. D'ailleurs, son aménité était connue, tout visiteur était certain d'avance d'être parfaitement accueilli.

Sauf les cas d'urgence, les opérations se faisaient le mardi et le samedi, et jamais il ne commençait sans passer lui-même en revue tout son appareil, afin d'être certain que rien ne manquât.

Plein d'adresse et de sang-froid, excellent anatomiste, ce n'était pas seulement dans les opérations réglées qu'il brillait, c'était surtout dans l'extirpation de ces tumeurs profondes si difficiles à isoler des vaisseaux et des nerfs. Une fois le bistouri à la main, cet homme si vif, si enclin à donner un libre essor à sa parole, gardait le plus profond silence. C'était le contraire de Dupuytren, qui tout en opérant décrivait le procédé.

D'un calme imperturbable dans les moments les plus critiques, jamais il ne se laissa dominer par les difficultés ou les accidents imprévus. Une fois, dans une trachéotomie, du sang ayant pénétré dans les bronches, le malade allait succomber, lorsque, surmontant une répugnance bien naturelle, il appliqua ses lèvres sur la plaie béante, aspira avec force le liquide qui empêchait la respiration, et par sa présence d'esprit sauva ainsi les jours de l'opéré.

Cette habileté, cette adresse qui lui étaient si naturelles et dont il devait être justement fier, ne lui inspirèrent pourtant jamais devant le malade de ces mouvements d'amour-propre auxquels auraient pu le

porter les adulations du public ; loin de là, considérant l'amphithéâtre comme un lieu de douleur, il voulait que chacun s'y tînt avec respect.

Je n'oublierai jamais qu'assistant à une résection de la tête du fémur, quelques jeunes gens, éblouis par la rapidité et le talent avec lesquels il avait pratiqué cette opération si difficile, s'étant permis d'applaudir, indigné, il se retourna vers eux, et dans quelques mots pleins de noblesse les rappela aux sentiments des convenances.

On s'est demandé bien des fois comment, au milieu de nombreuses occupations et des devoirs imposés par les hôpitaux, l'enseignement, les académies, quelques médecins ont fait pour écrire ?

Les uns ont doublé leur temps en l'employant avec ordre et méthode ; les autres, doués d'une organisation privilégiée, ont su concilier tous leurs devoirs, faire marcher de front les travaux de tout genre, sans pour cela se refuser aux exigences de la société ; il leur a suffi de vouloir.

M. Roux était de ces derniers ; homme du monde dans toute l'étendue de l'expression, il ne sacrifiait pourtant jamais rien à ses plaisirs, et le nombre immense de notes, d'observations et même de mémoires trouvés dans ses papiers atteste le soin constant qu'il avait de ne point laisser passer un jour, eût-il été en partie consacré à ses amis, sans consigner par écrit les faits les plus importants de son immense pratique.

Aimant les arts et les lettres autant que la chirurgie, il en causait volontiers. Grâce à son excellente mémoire, il pouvait facilement citer nombre de passages de nos classiques les plus célèbres, et c'était pour lui un vrai plaisir de voir ces goûts se développer parmi les jeunes étudiants.

Convaincu avec raison que l'étude sérieuse des langues anciennes est indispensable au médecin, il déplora amèrement la mesure qui devait plus tard favoriser chez les étudiants en médecine l'abandon du latin.

On devrait naturellement croire, après ce que je viens de dire de son goût pour la littérature, que sa parole était nette, simple, ne laissant rien à désirer. Eh bien, non ; loin de là, dans la conversation habituelle et dans les leçons M. Roux prodiguait les épithètes, accumulait les répétitions, et cette manière de rendre sa pensée donnait à son tour de phrase un cachet bizarre. Aussi c'est plutôt dans ses écrits qu'il faut juger l'homme qui savait si bien faire l'apologie des lettres.

Chargé plusieurs fois de rendre un dernier hommage à la mémoire de quelqu'un de ses collègues, il le fit toujours avec une grande noblesse de style et de sentiments.

A deux reprises, désigné pour faire le discours de rentrée à l'Ecole de médecine, il s'en acquitta avec le plus grand succès. Personne de vous n'a oublié la profonde impression que fit son éloge de Boyer et de Bichat, et comment, s'inspirant en quelque sorte de toutes les difficultés d'un semblable parallèle, il sut pendant deux heures captiver l'attention d'un auditoire immense.

Mais si M. Roux puisait dans sa volonté assez de force pour travailler, il avait aussi un autre secret; il savait se reposer. Ce qui avait été d'abord une nécessité pour rétablir sa santé devint par la suite une distraction salutaire et pour ainsi dire une habitude. Tous les ans, aussitôt que les vacances de l'Ecole amenaient la clôture des cours, il partait pour quelque excursion, visitant tantôt notre beau pays de France, tantôt l'Italie, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Allemagne qui avait tant d'attraits pour lui. Partout son premier soin était de visiter les hôpitaux, de revoir d'anciens amis ou de nouer de nouvelles relations : il menait ainsi la véritable existence du savant. Puis quand l'heure de la rentrée était sonnée, il venait frais et dispos reprendre ses chères occupations, son service d'hôpital, qui était sa vie, et retrouver cette jeunesse studieuse dont il aimait à encourager les premiers essais.

Ce fut ce sentiment qui l'entraînait vers tout ce qui était jeune et passionné pour le travail qui le porta vers la Société de chirurgie; après la mort de son ancien collègue Marjolin, de celui qui avait le premier applaudi à la fondation de cette Société, il prit sa place, et bientôt par son ascendant moral et sa collaboration active il devint à son tour l'un de ses plus fermes soutiens.

Rappelez-vous avec quel empressement chaque mercredi il se rendait à vos séances, avec quel bonheur il se retrouvait au milieu de ses anciens élèves, de ses collègues de la Faculté, de l'Académie, de l'Institut! Lui qui était si heureux des succès de la Société, que ne lui a-t-il pas été donné de saluer avec nous le nouveau triomphe de notre excellent collègue et maître M. Cloquet? Comme il eût été joyeux de cette nomination!

D'un naturel doux, aimant, M. Roux était rempli d'affection pour tous les siens; aussi son cœur fut-il profondément éprouvé par la longue et cruelle maladie de sa femme et par la mort de Mme Danyau, sa fille chérie. Ce furent les deux seuls chagrins qui attristèrent sa vie, et dans ces deux circonstances il fut admirable de dévouement.

Mais ne nous arrêtons pas plus longtemps sur une pensée douloureuse; au lieu de verser des larmes, songeons plutôt à la manière noble et digne dont il a parcouru sa carrière, et prouvons par notre

amour pour la science et notre respect pour la vérité que la Société de chirurgie qu'il honora de son nom fut digne aussi de le posséder (1).

— Après cette lecture, couverte d'applaudissements, M. le président prononce quelques paroles pour remercier la Société de l'avoir appelé à la présidence et lui rendre compte de l'état dans lequel il laisse les intérêts matériels de la Compagnie.

Il proclame ensuite les noms des lauréats pour le prix de la Société et pour le prix Duval.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 4 juillet 1855.

Présidence de M. Huguier.

Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1854-1855.

M. Marjolin donne lecture du résumé des travaux de la Société pendant le cours de l'année qui vient de finir. Il s'exprime ainsi :

Messieurs et chers collègues,

En obligeant la Société de chirurgie à faire chaque année un compte rendu de ses travaux, ses fondateurs avaient bien compris que la meilleure preuve de l'emploi du temps est dans le résultat, et que devant un juge aussi sévère que le public il faut autre chose que des phrases sonores ; il faut des faits. Tel est le règlement qui nous a été sagement imposé ; et maintenant, si vous réfléchissez aux obligations que vous avez contractées par vos publications antérieures, vous comprendrez combien chaque année la tâche de votre secrétaire devient plus difficile ; car il doit montrer à tous que non-seulement vos travaux ont une suite, un but, mais que vos recherches, loin de se ralentir, se poursuivent avec une persévérance et une activité incessantes.

L'année dernière, trois grandes questions avaient occupé la majeure partie de vos séances ; cette fois les discussions ont porté sur un plus grand nombre de points, et la série seule des opérations graves forme

(1) Je dois à l'excessive obligeance de M. Anatole Roux, et à la bonne amitié de mes excellents collègues MM. Danyan et Prestat les renseignements qui m'ont été d'un si grand secours pour la composition de cette notice biographique.

un ensemble assez considérable pour en faire presque le chapitre principal de ce compte rendu.

Je commencerai par les opérations qui se pratiquent sur le système vasculaire.

Sur quelques ligatures d'artères. — Bien qu'il ne se passe pas d'année sans que l'on ait à enregistrer quelque cas de ligature d'une artère importante, il se présentera, je crois, rarement à votre observation, dans un aussi court espace de temps, une série semblable à celle dont il va être question.

Trois cas de ligature de la carotide primitive et une de la carotide externe vous ont été communiqués.

L'une de ces ligatures avait été pratiquée il y a deux ans par M. Maisonneuve pour une tumeur cancéreuse. La seconde a été faite par M. Bertherand, médecin principal de l'hôpital d'Alger. C'était dans un cas de plaie d'arme à feu compliqué de fracture du maxillaire supérieur et du temporal gauches. Dans le troisième fait, communiqué par M. Richet, il s'agissait d'arrêter une hémorrhagie consécutive à un coup de couteau dans la région cervicale.

C'est à la suite de ces trois observations si intéressantes que s'est élevée une discussion sur les accidents immédiats ou consécutifs qui accompagnent assez souvent la ligature de la carotide primitive. M. Maisonneuve, insistant sur la gravité de cette opération, a dit qu'il avait observé la gangrène du cerveau et l'hémiplégie instantanée. Resterait maintenant à connaître d'une manière précise combien de fois il avait constaté ces accidents; car en présence de pareils résultats l'opération serait bien autrement grave qu'on ne le pense, et courrait risque d'être abandonnée.

C'est alors qu'on lui a opposé plusieurs faits prouvant que lorsque la ligature des deux carotides primitives est faite à un intervalle de temps suffisamment éloigné, ces accidents n'ont pas lieu, et on a rappelé l'observation communiquée à la Société par M. Robert. Il résulterait en outre des recherches statistiques faites par M. Giraldès dans les ouvrages de M. Velpeau, de Norris, de Waren et Ellis, que l'hémiplégie, loin d'être un accident fréquent, ne s'est jamais manifestée dans six cas de ligature des deux carotides.

Ainsi donc, ces complications si graves et de nature à compromettre l'existence du malade, ne sont heureusement pas aussi fréquentes qu'on pourrait le croire; et leur crainte, bien que fondée, ne doit pas détourner le chirurgien d'entreprendre une opération légitimée par un bon nombre de succès.

Mais, outre ces désordres faciles à expliquer par le trouble subit de la circulation cérébrale, il y a d'autres phénomènes qui ont été presque constamment observés; ce sont l'aphonie brusque, signalée déjà par M. Robert, et l'affaiblissement, la raucité de la voix, notés par MM. Bertherand et Richet. Il est difficile d'admettre que la ligature du pneumogastrique soit la cause de ce changement dans la voix; car dans tous les cas qui vous ont été rapportés, l'artère avait été soigneusement isolée. Comment donc l'expliquer?

MM. Richet et Verneuil, se fondant sur les recherches de M. Cl. Bernard, ont pensé que ces troubles dans la phonation pourraient bien dépendre de la lésion de quelques filets du grand sympathique. Pour M. Huguier, la lésion porterait sur un plexus formé par les filets de communication entre le nerf récurrent et le nerf laryngé supérieur; et comme ce plexus est en rapport dans toute sa hauteur avec l'artère carotide qui le recouvre en dehors, il est exposé à être compris dans la ligature.

Maintenant, comme suite naturelle de ces grandes opérations, je vous citerai le fait de ligature de la carotide externe pratiquée avec succès par M. Richard, pour un anévrisme faux consécutif de la région parotidienne.

Et puisque nous en sommes aux ligatures et aux plaies des artères de la région du cou, permettez-moi de mentionner en passant un fait que je ne saurais plus classer convenablement dans la suite de ce compte rendu, et qui, par sa rareté, ne saurait être oublié. Il vous a été communiqué par M. Giraldès; il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux de l'artère carotide et de la veine jugulaire interne, causé par un coup de feu.

Ce fait mentionné, si nous reprenons l'histoire des ligatures, nous trouvons dans une observation de M. Maisonneuve quelques tentatives de compression; il s'agissait d'un anévrisme poplité. La compression ayant été tentée sans succès, il fut obligé de recourir à la ligature de l'artère fémorale, la gangrène se manifesta et le malade mourut.

Ce fut à propos de cette communication que M. Broca prit la parole pour développer tous les avantages de la compression faite convenablement. Mais comme nous aurons à revenir sur cette nouvelle méthode à l'occasion du fait de M. Depaul, je n'insisterai pas sur la discussion, et j'arrive à une observation de M. Letenneur (de Nantes). Cette fois nous allons voir, à la suite de la ligature pour un anévrisme spontané de la grande musculaire de la cuisse, la récidive se manifester promptement et nécessiter une nouvelle opération.

Cette récidive, dont il y a un assez bon nombre d'exemples, a fourni à M. Broca l'occasion d'émettre la proposition suivante, proposition qui par son importance mérite d'être étudiée avec grand soin. Suivant notre collègue, dans les anévrismes spontanés, la récidive serait plus fréquente après la ligature qu'après la compression, soit intermittente, soit continue. Il attribue cette différence au mode d'action du traitement, qui ralentit et suspend le cours du sang sans amener l'oblitération de l'artère au point où elle est comprimée.

Abordant alors en plein la question, il a développé tous les avantages que la nouvelle méthode peut apporter au traitement des anévrismes, et dans une analyse aussi rapide que complète, il a retracé tout l'historique des travaux entrepris en Angleterre sur ce sujet, et afin que rien ne manquât à l'exposé, il vous a soumis les instruments construits sous sa direction par M. Charrière. Dire maintenant que la compression est infaillible, et qu'on peut désormais se passer de la ligature, ce ne serait pas la conclusion qu'il en faudrait tirer; mais l'importance de la question est tello qu'on ne saurait trop engager tous les membres de la Société à réunir tous les faits de ce genre qui leur seraient personnels ou dont ils pourraient avoir connaissance.

La discussion en était là, et il nous tardait à tous de voir un succès, lorsque M. Depaul vous a présenté un malade guéri dans l'espace de cinq jours d'un anévrisme poplité par la compression directe alternante.

Certes, il y a quelques années, si quelqu'un fût venu dire devant un corps savant : Je viens de guérir en cinq jours un anévrisme poplité, sans autre moyen qu'une pelote bien appliquée sur l'artère fémorale, on eût douté. Aujourd'hui le doute ne peut plus exister, car vous avez vu le malade. Il ne reste donc plus qu'à donner à cette méthode toute l'extension dont elle est susceptible, et la chirurgie aura fait une conquête de plus.

Tout ce qui touche au mode de cicatrisation des artères, tout ce qui est relatif à la formation, à l'étendue du caillot sanguin a une telle importance en chirurgie, et a été étudié avec tant de soin par les modernes , qu'il semblerait qu'il n'y a plus rien à ajouter. Cependant, malgré l'état avancé de la science sur ce point, M. Notta (de Lisieux) a trouvé moyen de vous lire un travail intéressant sur l'étendue du caillot par rapport à la première collatérale. La discussion a prouvé que si dans la majorité des cas il remonte au-dessus, il existait aussi des exceptions, et M. Robert vous a cité des faits dans lesquels le caillot manquait.

Une autre question essentiellement pratique, puisqu'elle indique au chirurgien le lieu où il doit placer la ligature, c'est celle de la friabilité

des extrémités artérielles dans les plaies enflammées. Elle a été soulevée à l'occasion du travail de M. Notta et à la suite d'une communication de M. Chassaignac. Il s'agissait cette fois de la ligature de l'artère humérale pour une hémorrhagie consécutive à l'écrasement d'un doigt, compliqué d'inflammation phlegmoneuse de la paume de la main. Cette opération, qui eut un plein succès, a prouvé de nouveau combien il importe, en pareille circonstance, de ne pas tenter la ligature des deux bouts du vaisseau dont les tuniques sont enflammées, et combien la méthode d'Anel est préférable.

A l'appui de cette opinion, M. Robert a cité plusieurs faits de sa pratique, des plaies d'artères de l'avant-bras ou de la main; constamment la ligature de l'artère humérale a été suivie de succès. Ainsi, loin de redouter la gangrène du membre, ce qu'on devrait peut-être le plus craindre c'est encore le retour trop prompt de la circulation.

La ligature de l'artère principale d'un membre étant toujours une opération grave, il n'est pas étonnant que quelques objections aient été faites à cette méthode, et que M. Broca ait demandé s'il ne vaudrait pas mieux essayer d'abord de la compression, et dans le cas où cette méthode échouerait pratiquer, comme cela a déjà été fait, un large débridement, pour lier les deux extrémités de l'artère dans un point déjà éloigné de l'inflammation.

Maintenant que je vous ai rappelé l'histoire de plusieurs ligatures importantes, permettez-moi de vous dire quelques mots d'une opération encore à l'état de projet. De même que la pensée du chirurgien le dirige toujours vers la simplification du manuel opératoire, sans cesse elle est tourmentée par le désir de reculer les limites du possible. Il n'y a pas bien longtemps encore, la ligature de l'artère principale d'un membre était une opération rare; actuellement, au contraire, non-seulement c'est un fait qui se renouvelle souvent, mais nous voyons que chaque jour on tend à se rapprocher de plus en plus de l'organe central de la circulation. Ne soyons donc pas étonnés si devant vous il a été question d'un nouveau procédé de la ligature de l'aorte abdominale.

t comme d'ailleurs les succès en chirurgie ont quelquefois dépassé toutes les prévisions les plus rationnelles, il ne faut pas repousser les recherches faites dans le but de simplifier ou de rendre possibles des opérations que des cas désespérés peuvent seuls légitimer.

Malgré les insuccès d'Astley Cooper, de James et de Murray, la pensée de lier l'aorte abdominale n'a pas été abandonnée; seulement dans les procédés nouveaux on a cherché à ne pas intéresser le péritoine. C'est pour cela que MM. Gerdy et Monteiro ont pro-

posé de faire l'incision en arrière du flanc gauche, et que M. Fano, dans la modification qu'il vous a soumise, incise encore plus en arrière dans le point choisi par M. Amussat pour faire l'entérotomie lombaire. De cette manière, comme M. Gosselin l'a dit dans son rapport, l'opération serait plus facile et le pus ne pourrait pas séjourner dans la plaie.

Sur quelques procédés pour l'ablation partielle ou totale de la langue. — Je vous ai dit dès le commencement que je consacrerais un long paragraphe à la médecine opératoire ; ne vous étonnez donc pas si je passe brusquement et sans transition de la ligature des artères à l'ablation de la langue, force m'est bien de le faire pour vous suivre.

Autant que possible dans toutes les opérations il faut faire en sorte d'agir librement sur les organes qu'on attaque ; de là le précepte dans certaines tumeurs de la face d'ouvrir largement le sinus maxillaire, de là aussi le conseil donné en 1844 par notre collègue M. le professeur Sédillot de pratiquer la section du maxillaire inférieur pour faciliter l'extirpation de la langue. Depuis, ce procédé a été généralement adopté, et MM. Huguier et Maisonneuve vous ont fait part d'opérations semblables. Mais, comme cela est assez habituel, il arrive qu'on paye un avantage par un inconvénient ; or voici ce qui est à craindre, c'est que la mobilité des deux fragments ne s'oppose à leur réunion. C'est pour parer à cet inconvénient que M. Sédillot pratique maintenant deux sections en coin dans le sens horizontal de la mâchoire, de cette façon il résulte une sorte d'emboîtement. Nous ajouterons que M. Huguier, en répétant la même opération en 1850, préoccupé également d'immobiliser les fragments, y était parvenu en traversant profondément les gencives avec une des aiguilles à suture.

On en était sur le chapitre des opérations pratiquées sur le maxillaire inférieur, lorsque inopinément vous avez vu surgir une question fort curieuse et citer les faits les plus opposés en apparence aux idées actuellement en cours dans la science.

Comment se comporte la langue chez les individus qui ont subi une perte considérable de la mâchoire inférieure soit à la suite d'une opération régulière, soit à la suite d'un accident? Vous savez tous que l'on s'accorde à dire que, lorsque les insertions des génioglosses sont détruites, la langue tend à se rétracter en arrière, ce qui fait craindre de voir les malades périr d'asphyxie et ce qui a motivé certains préceptes de M. Bégin dans le procédé opératoire.

M. Richet a soulevé cette question à propos de malades opérés par M. Maisonneuve et chez lesquels la langue, bien loin de se rétracter, pendait au dehors.

Si aujourd'hui il était encore besoin d'insister sur l'utilité des réunions scientifiques semblables à la nôtre, je pourrais prendre ce fait pour exemple. Comment! voici un point capital de la médecine opératoire qui a été vérifié par des hommes expérimentés, et tout récemment vous entendiez citer des faits opposés! Mais où donc est l'erreur? où donc est la vérité? Dans des cas semblables, vous le comprenez, chacun ne peut apporter qu'une somme assez restreinte d'observations, les opérations de ce genre n'étant pas de celles qui se pratiquent journellement : il a donc fallu, pour vérifier une assertion en quelque sorte contraire aux lois de la physiologie, que chacun fît appel à ses souvenirs.

M. Larrey vous a dit qu'il avait été plusieurs fois témoin de la projection de la langue en dehors dans des cas de mutilation de la mâchoire inférieure; M. Maisonneuve, qui n'a jamais observé l'accident décrit par M. Bégin, s'est demandé si, en cherchant à réunir de suite les deux extrémités de l'os, le rétrécissement de la cavité buccale ne refoulait pas la langue en arrière.

M. Fleury, également témoin de la projection de la langue en dehors, vous a dit qu'il croyait que les muscles qui la portent en arrière n'ont d'action sur elle qu'autant qu'elle est sortie de son équilibre stable. Restait donc à trouver des faits en rapport avec ce que M. Bégin avait observé; eh bien! M. Richet vous a dit qu'il avait vu dans le service de M. Jobert, au troisième jour d'une résection de la mâchoire inférieure, survenir cette rétraction de la langue en arrière et qu'il avait eu beaucoup de peine à la ramener en avant : dans ce cas, a-t-il ajouté, on ne pouvait pas invoquer le rapprochement des fragments osseux, la perte de substance étant trop grande pour qu'on pût y songer.

Après des observations aussi contradictoires, il devenait intéressant d'examiner de nouveau les malades qui avaient subi des opérations ou qui avaient été mutilés, et la Société n'a rien négligé pour s'éclairer dans cette circonstance; plusieurs blessés vous ont été présentés, et une commission a été nommée pour examiner les opérés de M. Maisonneuve.

M. Larrey vous a fait voir un artilleur qui dans une tentative de suicide s'était brisé la mâchoire inférieure et perforé la langue. Chez ce blessé, au moment de l'accident et après la résection des fragments osseux, la langue était restée pendante. Outre ce malade, notre collègue vous a montré plusieurs dessins rappelant des faits analogues, l'un appartenant à la pratique de Dupuytren, l'autre à celle de M. le docteur

Hutin, chirurgien en chef des Invalides. En dernier lieu, il vous a présenté le buste d'un artilleur dont la mâchoire inférieure avait été enlevée par un éclat de bombe. Chez ce malade, qu'il avait soigné à Anvers, non-seulement la langue n'était pas rétractée en arrière, mais elle pendait au-devant du cou. Le blessé ne remédiait à ce déplacement et ne dissimulait l'énorme perte de substance que l'autoplastie n'avait pu combler qu'à l'aide d'un masque fort bien confectionné. Résumant sa pensée sur ce point, M. Larrey vous a dit que, malgré ces ablations traumatiques sans rétraction de la langue, il ne fallait pas affirmer qu'il en fût de même dans les résections de la mâchoire, puisque le contraire avait été observé. En conséquence, il y aurait là une distinction à établir, et les préceptes donnés par M. Bégin seraient loin d'être inutiles.

M. Michon, à son tour, au nom de la commission, vous a rendu compte des malades de M. Maisonneuve, et vous a dit qu'il n'avait pas constaté de rétraction de la langue en arrière; il a ajouté que trois fois il avait eu lui-même occasion de faire la section de cet organe en détachant ses attaches en avant, et dans aucun cas il n'avait été témoin d'accidents de suffocation. Des faits qu'il a observés, il conclut que trois conditions peuvent se rencontrer :

1° L'immobilité de la langue;

2° Son obéissance aux lois de la pesanteur;

3° La projection tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, suivant la position des parties.

Pour M. Verneuil, qui a fait des recherches sur ce sujet, il pense qu'on pourrait ainsi classer les divers modes de rétraction de la langue : tantôt elle est primitive, spasmodique ou due au mode de pansement; d'autres fois, elle est consécutive et a lieu plus ou moins promptement; dans ce cas alors elle amène l'asphyxie d'une manière inévitable. C'est donc une terminaison funeste qu'il faut prévoir et pour laquelle la trachéotomie pourrait être employée, comme Lallemand (de Montpellier) en avait donné l'exemple.

Sur quelques désarticulations des membres inférieurs. — L'attention que l'on a dirigée depuis quelques années sur les divers procédés d'amputation ou de désarticulation des membres inférieurs me fait un devoir de vous entretenir des diverses communications qui vous ont été faites sur ce sujet.

Parmi les plus intéressantes, il faut citer le travail de M. le professeur J. Roux (de Toulon) sur la désarticulation tibio-tarsienne. Cette opération, que notre honorable collègue a cherché autant que possible

à faire entrer dans la pratique générale, doit être comparée dans ses résultats avec l'amputation sus-malléolaire; et c'est surtout lorsqu'on a le choix entre les deux opérations qu'il faut bien réfléchir sur cette question. Car si on fait attention au temps qui s'écoule entre la cicatrisation complète dans l'amputation sus-malléolaire et à celui qui est nécessaire dans la désarticulation du pied, on voit que dans ces derniers cas les malades sont exposés pendant bien plus de temps à tous les accidents d'une plaie en suppuration. Et si on veut objecter qu'on ne fait qu'une simple désarticulation, on peut répondre aussi qu'il a fallu assez souvent retrancher les apophyses malléolaires.

Si maintenant, après avoir tenu compte de cette nouvelle complication, on arrive à étudier les résultats définitifs, on voit, comme vous avez pu vous en convaincre par l'exposé que M. Verneuil vous a fait de ce nouveau procédé opératoire, que, même après la cicatrisation complète, il peut survenir des accidents dus à la compression du nerf tibial postérieur; aussi a-t-il proposé son excision. Malgré cette modification, les opinions sont encore partagées, et les doutes ont été corroborés par le fait de M. Gosselin. Vous avez vu la pièce; on ne pouvait rien alléguer contre la première opération, qui avait été très bien faite, et cependant le malade, se trouvant dans l'impossibilité de marcher, vint réclamer de M. Voillemier l'amputation de la jambe.

Hâtons-nous cependant de dire que si la désarticulation du pied n'est pas encore jugée, c'est à M. J. Roux que la chirurgie est redevable de l'attention dirigée aujourd'hui vers ce point, et de tous les procédés opératoires proposés le sien est sans contredit le meilleur.

Une autre question importante qui a été cette année encore le sujet de votre étude, c'est celle des amputations partielles du pied.

Malgré tous les avantages du procédé de Chopart, on lui reproche de ne pas donner toujours un moignon convenable pour marcher. Cet inconvénient, qui n'est pas sensible dans les premiers temps, va toujours croissant par suite de l'action du tendon d'Achille; de telle sorte que, pour y remédier, on est quelquefois obligé, comme l'a fait M. Larrey, d'en pratiquer la section. Il y a cependant moyen d'éviter cet inconvénient et de rendre au procédé de Chopart toute sa supériorité; c'est de suivre le précepte sur lequel Blandin, MM. Sédillot et Lenoir ont tant insisté, en un mot, de conserver au lambeau le plus d'épaisseur possible, afin d'obtenir à la partie antérieure une sorte de bourrelet. Vous avez eu dernièrement sous les yeux un malade opéré en 1849 par Blandin, il marchait sans la moindre difficulté; chez lui, comme

chez le malade de M. Sédillot, M. Lenoir vous a fait remarquer l'existence d'un bourrelet considérable au-devant du moignon.

Il me serait encore facile de prolonger ce chapitre sur les désarticulations, car je pourrais vous entretenir d'un mémoire de M. le professeur Heyfelder sur la désarticulation coxo-fémorale, qu'il regarde comme moins dangereuse que l'amputation dans la continuité; j'aurais aussi à vous parler d'un fait très intéressant de désarticulation de l'épaule par M. Philippe (de Bordeaux) ; mais, malgré moi, je suis forcé d'abréger.

Dans tout ce qui précède, nous venons de voir le chirurgien recourir à des opérations pour combattre une maladie qui menace l'existence ; dans ce qui va suivre, nous allons le voir prévenir les accidents et faire en quelque sorte une opération préservatrice. Il s'agit de la cure radicale des hernies chez l'homme et chez la femme.

De la cure radicale de la hernie. — Arriver à pouvoir rendre à un homme adonné à de rudes travaux toute la force, toute l'agilité qu'il avait avant d'être blessé ; le dispenser de porter un appareil toujours gênant, quelquefois impuissant à maintenir refoulée la masse intestinale; prévenir enfin l'étranglement et ses suites funestes, c'est un beau problème à résoudre. Ne nous étonnons donc pas si à plusieurs époques les chirurgiens ont cherché sa solution par des moyens bien opposés et souvent bien dangereux, et que malgré l'abandon où la cure radicale de la hernie était en quelque sorte tombée, elle ait été reprise dans ces derniers temps avec une nouvelle ardeur. C'est aux efforts persévérants de M. le professeur Gerdy que la science est redevable de ces nouvelles recherches.

Deux grandes méthodes subdivisées en une foule de procédés sont actuellement en usage. L'une consiste à provoquer l'adhérence du sac par l'injection d'un liquide irritant; la seconde, et c'est celle dont l'idée première appartient en entier à notre honorable collègue, est celle dite par invagination. C'est elle qui a donné naissance à un si grand nombre de procédés.

Ce fut vers 1830 que M. Gerdy commença ses premiers travaux ; depuis lors, constamment préoccupé de ce sujet, il a perfectionné les instruments, simplifié le manuel opératoire, et est enfin arrivé aux résultats dont vous avez été en partie témoins : aussi, sous ce rapport, ses communications ont été doublement intéressantes. Son but, en opérant, n'est pas seulement d'oblitérer le sac et l'anneau, mais aussi le canal par lequel la hernie se fait.

Dans un résumé de ce genre, il serait trop long de vous rappeler par quelles transitions M. Gerdy a passé, de vous décrire tous les instru-

ments qu'il vous a montrés ; il me suffisait de vous signaler le but qu'il voulait atteindre, et il y est arrivé. J'ajouterai qu'il ne s'est pas borné à vous citer des cas de guérison , il a fait plus ; il vous a soumis l'un des malades, et vous avez pu constater , outre une véritable guérison, les modifications que subit la cicatrice après de longues années.

Comment obtient-on la cure radicale de la hernie ? Est-ce par l'oblitération du canal à l'aide de la peau refoulée ? M. Gerdy ne le pense pas ; pour lui, il y a une rétraction inflammatoire des tissus cellulaire et fibreux du canal et de ses anneaux.

Trop d'intérêt se rattachait naturellement à cette question de médecine opératoire préservatrice pour que, l'impulsion étant donnée , elle ne fût pas suivie ; aussi avez-vous vu dans le savant mémoire que M. le professeur Rothmund (de Munich) vous a adressé qu'il n'a pas compté moins de seize modifications qui peuvent être , comme l'a dit M. Broca dans son rapport, ramenés à trois procédés généraux :

1° Le procédé de M. Gerdy, dans lequel l'invagination est maintenue par des points de suture ;

2° Le procédé de M. Wutzer; ici l'invagination est maintenue à l'aide d'un instrument qui doit rester en place dans le canal inguinal jusqu'à ce que la peau ait contracté des adhérences solides avec les parois de ce canal ;

3° Enfin le procédé du séton, appartenant à M. Mösner.

Maintenant, si on se demande jusqu'à quel point ces divers procédés et leurs nombreuses modifications sont exempts de danger, comme cette question malheureusement n'a pas été débattue dans la Société, je me contenterai de citer les chiffres : M. Gerdy n'a perdu qu'un malade sur 100, et M. Rothmund dit que sur 140 opérés il n'a eu aucun décès.

La hernie est-elle sujette à reparaître ? La vérité est qu'elle peut se montrer de nouveau ; mais si on n'a pas obtenu de cure radicale, on aurait au moins une diminution dans la tumeur.

La seconde méthode, qui est celle des injections irritantes, a été conseillée par M. Velpeau. Plus tard, M. Jobert l'a mise en usage, et tout récemment M. Maisonneuve, continuant ces tentatives, a modifié le procédé de la manière suivante : au lieu d'une simple ponction faite dans le sac, il le traverse de part en part avec un trocart, puis retirant un peu la canule, il déplisse entièrement le sac sur celle-ci, et ce n'est que lorsqu'il la sent libre dans sa cavité qu'il pousse l'injection.

M. Follin vous a parlé d'une autre modification. La hernie étant réduite, il fait la ponction, retire le trocart sans bouger la canule, puis

laissant ressortir la hernie, il obtient ainsi une dilatation assez brusque du sac, de telle sorte que l'extrémité de la canule devient libre dans son intérieur.

Quelle est la valeur de cette seconde méthode? MM. Maisonneuve, Follin et Boinet n'ont pas encore pu se prononcer; le temps seul pourra résoudre la question, et il restera en outre à voir quels seront les résultats consécutifs.

Un seul mot avant de terminer ce paragraphe : c'est que jusqu'ici l'opération de la cure radicale de la hernie n'a été pratiquée que sur des adultes, et qu'il faut bien se garder de la faire chez les enfants.

De la chirurgie réparatrice.— Après nous être occupés d'opérations destinées à prévenir des accidents, il est assez naturel que nous parlions de celles qui ont pour but, moins de remédier à une difformité que de préserver la plupart du temps un organe de sa perte complète, ou de rétablir ses fonctions. Telles sont les diverses opérations pratiquées par MM. Sédillot, Denonvilliers et Michon pour remédier à des ectropions, à des cicatrices vicieuses de la bouche ou des joues, ou pour remédier à des pertes de substance après l'ablation de cancroïdes. Dans ce cas, l'autoplastie est en quelque sorte le complément obligé de l'opération. C'est dans un cas de ce genre que M. Alquié (de Montpellier) a modifié très heureusement le procédé de Chopart pour la restauration de la lèvre inférieure.

Envisagée de la sorte, l'autoplastie n'est plus une opération de complaisance; elle devient indispensable. Vous n'avez pas oublié que plusieurs fois déjà, dans cette Société, l'autoplastie a été présentée comme devant prévenir la récidive sur place des tumeurs malignes, et ce point de pratique est trop important pour que chacun d'entre nous ne fasse pas tous ses efforts pour le vérifier.

C'est encore à la chirurgie réparatrice qu'appartient le mode de traitement proposé par M. Cloquet dans les divisions du voile du palais, qui consiste à porter à des intervalles éloignés un fer rouge dans l'angle de la plaie. Mais pour que cette méthode réussisse, il faut entre chaque cautérisation un espace de plusieurs semaines; autrement, comme l'a fait observer M. Larrey, on ne donne plus au tissu inodulaire le temps de se former, et le procédé, au lieu d'être utile, devient un agent de destruction. Du reste, M. Cloquet ne s'est pas contenté d'un appel à ses souvenirs, il vous a montré un malade chez lequel la cautérisation a presque entièrement remédié à une large division du voile du palais. C'est pour atteindre le même but que M. Fano a proposé la cautérisation périphérique.

Opérations pratiquées dans les cas de plaie de la trachée. — Il est des fistules pour lesquelles on voudrait bien plus fréquemment profiter des ressources de l'autoplastie, ce sont les fistules aériennes ; malheureusement des circonstances particulières s'opposent assez souvent à leur obturation.

M. Richet, en vous parlant d'un individu qui s'était coupé complétement la trachée entre le quatrième et le cinquième anneau, vous a dit que lors de l'accident il y avait eu impossibilité de rapprocher les deux bouts du canal aérien à l'aide de fils, et que toute tentative de réunion n'amenant que la suffocation, force avait été d'abandonner à elle-même cette plaie, qui présentait un écartement de plus de 6 centimètres. La seule précaution qu'il ait dû prendre a été de faire porter au blessé une canule articulée et à soupape plongeant dans le bout supérieur et dans le bout inférieur, précaution indispensable pour s'opposer au rétrécissement progressif de la trachée. C'est dans cet état que le malade vous a été présenté, et jusqu'à ce jour il a été impossible de tenter aucune autoplastie.

Ce fait a amené M. Fleury à vous parler d'un malade de M. Reynaud (de Toulon), chez lequel il y avait le même écartement des deux portions de la trachée, de plus le bout supérieur avait fini par s'oblitérer complétement. Ce blessé avait été examiné en 1828 par M. le docteur Martinenq, chirurgien de 1re classe de la marine, et lui avait suggéré l'idée d'un mémoire qui renferme d'intéressantes considérations physiologiques sur la voix.

Enfin, pour compléter la série des observations de ce genre, M. Houel vous a cité le fait si curieux observé à Berlin par le docteur Breslau dans la clinique du professeur Langenbeck.

Opérations pratiquées pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. — Parler des plaies du cou et laisser complétement de côté ce qui a trait à l'œsophage, c'est s'exposer à s'éloigner davantage de cette région ; je dirai même à l'oublier. Permettez-moi donc de vous entretenir actuellement de la discussion survenue à la suite de faits communiqués par MM. Demarquay et Chassaignac. Dans un cas dont l'issue fut mortelle, il s'agissait d'une arête de poisson implantée dans la partie supérieure de l'œsophage, ayant donné lieu à un vaste abcès rétropharyngien communiquant avec la plèvre droite. Dans le second, c'était une pièce de un franc qui, n'ayant pu être retirée avec l'instrument de Graefe, nécessita l'œsophagotomie. Enfin, dans le troisième cas, M. Chassaignac put retirer de fort loin un râtelier artificiel.

Comme vous le voyez, c'étaient des corps de volume et de forme bien

divers, avalés par des enfants et par des adultes. La discussion a porté non-seulement sur les modifications qu'on pouvait faire subir à l'anneau de Graefe et sur l'avantage qu'on pourrait retirer de pinces comme celles qui vous ont été montrées par M. Cloquet, mais surtout sur la difficulté de bien préciser la hauteur où le corps étranger s'est arrêté, sur l'état spasmodique et inflammatoire qui se manifeste bientôt dans l'œsophage autour de l'obstacle, et tout le monde s'est accordé sur ce point, que l'œsophagotomie ne doit être pratiquée que lorsque, par suite de leur forme, les corps étrangers ne peuvent être extraits ou refoulés plus bas sans causer des déchirures dangereuses.

Des opérations nécessitées par quelques maladies du derme. — Jusqu'à présent nous vous avons parlé d'opérations chirurgicales bien limitées, bien circonscrites; nous allons aborder une question plus générale, celle de la chirurgie appliquée au traitement de quelques affections particulières au derme, et chemin faisant dire quelques mots des recherches micrographiques.

Parmi les affections cutanées, il y en a un assez bon nombre qui réclament plus les secours de la chirurgie que de la médecine. Ce n'est pas que dans la grande majorité des cas elles ne dépendent d'une affection interne générale, mais parce que les désordres locaux auxquels elles ont donné lieu ne peuvent être combattus ou réparés que par la main du chirurgien. Tantôt c'est un cancroïde qui détermine une perte considérable de substance, tantôt c'est une kéloïde, affection singulière résultant d'anciennes cicatrices, et qui prend tout d'un coup un caractère septique; d'autres fois enfin c'est une tumeur épithéliale qui menace non-seulement d'envahir rapidement les parties voisines, mais encore d'infecter les ganglions éloignés, de telle sorte que l'affection ne tarde pas à devenir incurable.

Comme vous le voyez, ce ne sont pas les maladies qui manquent, et je n'ai pas tout cité; ce sont plutôt les moyens de les combattre, et on doit les attaquer avec d'autant plus d'énergie, que sous une apparence peu grave toutes ces affections sont essentiellement malignes, dangereuses.

Dans ces dernières années, l'étude a principalement porté sur leur diagnostic. Pour l'approfondir, on s'est servi de toutes les découvertes de la physique et de la chimie; on a eu recours à l'instrument dont Leeuwenhœck avait montré l'utilité, on a examiné avec soin jusqu'aux moindres atomes de ces productions morbides, et d'après leurs formes on a formé des familles, des genres, des espèces, des variétés.

Bientôt ces recherches, qui ne semblaient d'abord qu'un travail de pure curiosité, ont pris un développement immense, une nouvelle ère

a commencé pour la clinique et l'anatomie pathologique, et aujourd'hui on attache une telle importance à ces nouvelles données que, faute de l'analyse microscopique, une observation est considérée comme incomplète. De tous côtés de vives discussions se sont élevées non pas sur des points purement spéculatifs, mais sur ceux qui intéressent le plus hautement la clinique.

La Société de chirurgie, dès les premières années de sa fondation, a suivi avec intérêt et persévérance tous les progrès de ces nouvelles doctrines, et elle a pensé que le meilleur moyen d'arriver à la vérité était de les accueillir avec réserve, de les étudier avec soin ; jamais elle n'a négligé la moindre occasion de suivre les novateurs sur leur terrain, et ne voyant dans leurs efforts que le désir bien louable d'arriver à la solution de certains problèmes inconnus, loin d'étouffer la discussion, elle lui a donné un libre essor.

Les occasions, cette année comme les années précédentes, n'ont pas manqué pour voir développer devant vous toutes les doctrines nées de l'analyse microscopique.

Dans un rapport sur un travail de M. O. Heyfelder sur la nature du cancroïde, M. Broca a émis une série de propositions représentant non-seulement l'état de la science sur ce point, mais aussi ses opinions personnelles, et vous avez pu vous convaincre par la discussion qui a suivi que, même parmi ceux qui se sont le plus adonnés à ces recherches, il pouvait y avoir des dissidences sur un assez bon nombre de points.

Je n'insisterai pas sur la nécessité des études micrographiques dirigées dans le but clinique, cela m'entraînerait trop loin; mais je dirai que, pour rendre réellement fructueuses les recherches qui ont été entreprises à l'occasion de malades que vous avez observés, il faut que tous les faits de ce genre dont il a été question dans cette enceinte soient scrupuleusement recueillis; à ce prix seul on arrivera à la vérité.

Quel a été le grand argument opposé soit ici, soit à l'Académie de médecine? Le manque d'observations complètes. Et quelles ont été les objections les plus puissantes opposées à la nouvelle doctrine? des faits bien recueillis. N'en est-ce pas assez pour nous démontrer comment désormais la discussion doit marcher? J'ajouterai maintenant qu'un silence presque absolu de la part de ceux auxquels l'âge et l'expérience faisaient un devoir de parler a été une chose fâcheuse pour ce débat. La question eût grandi de tout leur nom et de tout leur talent, comme elle l'a fait à l'Académie par l'organe de M. Velpeau. Il y a plus, c'est

que dans des cas semblables, lorsqu'on a une opinion, il faut avoir le courage de la défendre, et autant il y aurait d'aveuglement à vouloir par esprit de système s'opposer au progrès de la science, autant il y a de faiblesse à s'incliner devant des idées que le talent, la bonne foi peuvent soutenir avec honneur, mais que l'expérience des temps n'a pas encore entièrement consacrée.

Il serait trop long de revenir sur toute la série des faits de cancroïdes qui vous ont été présentés par MM. Michon, Denonvilliers, Desormeaux, Deguise fils ; j'insisterai seulement sur quelques points qui méritent votre attention. Ainsi, M. Follin vous a parlé de l'existence de kystes séreux développés dans les ganglions correspondant à des ulcérations cancroïdales; deux fois il a eu occasion d'observer ce fait, et dans les deux cas il n'a pas hésité à enlever les ganglions.

Quel est le meilleur moyen d'attaquer les affections cancroïdales ? Faut-il renoncer à l'emploi des caustiques du moment que l'affection avoisine le cerveau? M. Michon, qui a été à même d'observer des accidents fort graves, s'est élevé contre l'emploi des caustiques ; mais, de ce qu'un cas a été malheureux, s'ensuivrait-il qu'il fallût renoncer à l'emploi d'un moyen précieux qui a réussi là où l'instrument avait échoué? Ce serait aller trop loin. La question des caustiques dans le traitement des tumeurs malignes devant du reste être reprise bientôt devant vous, je ne m'y arrêterai pas davantage.

Faut-il faire l'autoplastie dans la même séance où l'on pratique l'ablation d'une tumeur, comme vous l'avez entendu discuter? Evidemment la réponse à cette question varie suivant les cas; il y a des opérations où forcément il faut séance tenante réparer la perte de substance par un emprunt fait aux parties voisines; mais, lorsqu'il n'y a pas nécessité, il est peut-être plus prudent d'attendre le résultat de la première opération pour commencer la seconde.

Un dernier mot sur ces affections du système cutané : outre une hypertrophie très considérable des papilles de la peau et des glandes sébacées de l'aisselle, affection fort rare qui vous a été présentée par M. Richard, il vous a été encore présenté une de ces productions cornées dont il est assez souvent question dans les auteurs, mais dont l'étude emprunte aujourd'hui un nouvel intérêt aux recherches microscopiques. L'observation était adressée par M. Bergot, médecin de l'hospice de Château-Lavallière. Ces productions cornées, constituées par une superposition d'écailles épidermiques, ont le plus habituellement pour base un cancroïde épidermique ulcéré, et elles peuvent dans

quelques cas être renfermées dans des kystes, comme M. Denonvilliers vous en a montré un cas il y a deux ans.

En prolongeant trop longtemps ce compte rendu, je crains de fatiguer votre attention, et en cherchant à l'abréger je m'expose à faire de sérieuses omissions. Quand je pense qu'avec les maladies seules du système osseux, il était très facile de faire un chapitre très riche, j'aurais tort de ne pas vous mentionner ici quelques-uns de ces travaux. Ainsi M. Chassaignac vous a entretenus de ce qu'il avait observé dans la formation des abcès sous-périostiques et des bons effets qu'il avait retirés des injections acidulées pour favoriser l'élimination des séquestres. M. Gerdy vous a exposé le fruit de ses recherches sur la carie et la nécrose.

M. Huguier et M. Morel-Lavallée vous ont présenté l'un une nécrose centrale du tibia, l'autre une altération tuberculeuse du fémur.

M. Richard vous a montré un énorme sarcome du tibia. Cette pièce, remarquable par le développement du système vasculaire, a donné lieu à une discussion sur les anévrismes des os; on s'est demandé si, par une sorte d'abus de langage, on n'avait pas désigné ainsi des cancers ou des tumeurs fibro-plastiques vasculaires.

La question des tumeurs du sinus maxillaire a été remise de nouveau à l'ordre du jour à l'occasion d'un jeune enfant présenté par M. Huguier, et vous avez pu voir après l'examen de la pièce pathologique quelle réserve il faut apporter dans les opérations de ce genre.

Voilà pour les altérations organiques. Maintenant, pour ce qui est des lésions traumatiques, nous verrons qu'il y a encore une belle série de faits intéressants. Outre un écrasement de l'apophyse mastoïde et une fracture de la base du crâne causés par le choc de deux projectiles, M. Larrey vous a cité l'observation d'une abrasion complète du rebord alvéolaire des deux maxillaires supérieurs occasionnée par un éclat d'obus. Notre collègue M. Prestat a vu également, à la suite d'un choc violent, toute l'arcade dentaire supérieure entièrement détachée du squelette de la face, et son blessé a heureusement guéri sans aucune difformité.

Quant au malade dont nous a parlé M. Ancelon, il n'en fut pas quitte à si bon compte. Trop prudent pour se faire extraire une dent par un médecin, il alla trouver un maréchal ferrant de ses amis. L'opérateur se mit à la besogne, prit sa tenaille, vous fit une pesée et mit la mâchoire en trois morceaux, laissant toutefois la mauvaise dent en place. Après une aussi rude leçon, on croirait que ce malheureux alla cette fois consulter le médecin; point du tout, ce ne fut qu'à la dernière extrémité

et après plusieurs mois de souffrance, lorsque la presque totalité de la mâchoire était nécrosée.

Cet épisode passé, je reprends vos travaux sur les blessures des os, et à l'occasion d'un malade présenté par M. Richard, j'insisterai sur l'énorme quantité de liquide séreux qui peut s'écouler par l'oreille à la suite de fracture du crâne. Ainsi dans le fait communiqué par notre collègue, elle s'éleva jusqu'à 800 grammes dans l'espace de vingt-quatre heures.

Puis, pour terminer ce qui a rapport aux fractures, je vous parlerai de quelques appareils inamovibles. Vous vous souvenez du travail de M. Mathijsen sur les appareils plâtrés, et du nouveau mélange de stuc conseillé par M. Richet. A cette occasion, on est revenu sur chacun des appareils inamovibles, et le résultat de cette discussion a été que chacun des appareils pouvait être appliqué dans un temps opportun et dans des cas déterminés, mais que pour faire quelque chose de réellement utile il ne fallait pas être trop exclusif ni généraliser toutes les innovations à tous ces cas.

Comment se fait-il qu'avec tous les moyens aujourd'hui en usage il y ait encore des fractures qui, malgré les soins les plus intelligents, ne puissent arriver à la consolidation? Cette année encore vous en avez vu deux exemples présentés par M. Guersant. Dans l'un des cas il s'agissait d'un enfant qui avait eu très peu de temps après sa naissance une fracture des deux os de la jambe, et qui ne peut marcher sans un appareil mécanique.

Obstétrique. — Malgré tout mon désir de resserrer les limites de ce compte rendu, il faut bien que je vous parle de quelques questions intéressantes d'obstétrique qui ont fait le sujet de vos travaux.

L'une d'elles n'a été en quelque sorte que soulevée, et une fois encore elle vous aura prouvé que la science est infinie, et que des questions qui semblaient épuisées peuvent tout d'un coup se présenter sous un aspect tout à fait neuf et donner lieu à d'importantes recherches. Vous pressentez déjà qu'il va être question du travail de M. Cazeaux sur l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse. Pendant longtemps le toucher fut le seul mode d'exploration employé par les accoucheurs; aujourd'hui l'usage du spéculum a permis de nouvelles recherches, et sans m'arrêter aux travaux de MM. Costilhes, Boys de Loury, Bennett et Coffin, j'aborde la question telle qu'elle vous a été présentée.

C'est en 1846 que M. Cazeaux a commencé à s'occuper de l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse, et voici à

quelle conclusion il est arrivé. On observe rarement des ulcérations sur la portion libre du col, mais en revanche on y voit des granulations d'un rouge cerise, saignant facilement. Après plusieurs grossesses, il y a quelquefois des saillies fongueuses séparées par des sillons, et assez souvent par des ulcérations linéaires. Pour lui, cet état n'est autre qu'une exagération des changements imprimés à la structure et à la vascularisation des parois de la matrice; et comme il est convaincu de l'innocuité de ces ulcérations, il croit que tout traitement dirigé contre elles est plutôt nuisible qu'utile, l'observation lui ayant d'ailleurs prouvé que cinq à six semaines après l'accouchement tout a disparu.

Se demandant ensuite quelle influence les ulcérations pouvaient avoir sur la grossesse, il est arrivé à la conclusion suivante : que les ulcérations qui préexistent souvent à cet état peuvent, en s'agrandissant, causer des avortements dans la première période de la grossesse, mais jamais dans la dernière. Il s'ensuit de là qu'il ne faut traiter que ces premières, et abandonner les autres à elles-mêmes. Quant aux ulcérations inflammatoires du col, qui, suivant M. Bennett, sont la cause de ces vomissements incoercibles souvent si graves, M. Cazeaux propose de les traiter par l'application directe de la belladone sur le col utérin.

Tel est le résumé du mémoire qui vous a été soumis, et j'ajouterai que jamais sujet plus ancien ne trouva en quelque sorte tout le monde plus au dépourvu; un instant même on aurait pu craindre qu'il n'y eût pas de discussion, si quelques membres de la Société n'avaient opposé des opinions contraires appuyées sur des observations recueillies avec soin. Si je ne reviens pas aujourd'hui sur ces diverses objections, c'est que cette discussion ne peut manquer d'être reprise lorsqu'on possédera assez d'éléments pour la mener à bonne fin, et qu'il est préférable, pour la résumer, d'attendre qu'elle ait eu tout son développement.

Au nombre des communications faites en obstétrique, je vous citerai encore le fait de M. Danyau d'hémorrhagie utéro-placentaire survenue au septième mois de la grossesse sans suites fâcheuses pour la mère, et le travail intéressant de M. Charrier sur l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel.

Maintenant, si je voulais entreprendre de vous parler des diverses communications ayant trait aux affections utérines, je devrais vous entretenir de la question des fongosités de la membrane muqueuse, de plusieurs cas de kystes de l'ovaire, de tumeurs fibreuses, et enfin des hématocèles, de ce sujet si obscur sur lequel un jeune médecin des

hôpitaux , M. Bernutz , a publié un intéressant travail ; mais alors il faudrait une nouvelle séance , car je vois, d'après le temps qui s'est écoulé depuis le commencement de cette lecture et ce qui me reste encore à vous dire , qu'il m'est impossible d'exposer l'ensemble détaillé de vos travaux. Je dirai même que, bien que j'aie cherché à être complet dans les chapitres que je viens de vous lire , vous pourriez cependant tous signaler avec raison de nombreux oublis. Je n'aurais donc plus , pour vous donner une idée de tout ce qui me resterait à vous exposer cette année, qu'à vous en faire l'énumération bien abrégée.

Ainsi, prenons les organes des sens. J'aurais d'abord à vous parler, pour l'œil, de plusieurs cas d'affections cancéreuses , d'un kyste très remarquable pénétrant jusque dans le crâne , et enfin de deux cas de nystagmus fort rares.

S'agit-il des maladies des fosses nasales, nous trouvons plusieurs cas de polypes, un nouveau procédé pour le tamponnement dans les hémorrhagies, et de nombreuses affections cancroïdales.

Dans les maladies de la langue, nous trouvons plusieurs cas de tumeurs malignes éliminées spontanément.

Dans les tumeurs du cou, je vous citerai l'histoire d'un goître volumineux opéré avec succès au moyen du séton; des tumeurs volumineuses, soit fibro-plastiques , soit lipomateuses, enlevées également avec bonheur.

Dans les maladies du sein, j'aurais à vous entretenir de la discussion survenue au sujet de la nature du liquide sécrété dans quelques affections et sur la valeur de ce signe comme diagnostic.

S'agit-il des organes génitaux de l'homme, que de faits importants ne vous ont pas été communiqués sur diverses affections du testicule ou de ses enveloppes, sur des fistules urinaires !

Prenez-vous des questions générales, nous retrouvons des communications importantes sur la syphilis, sur de nouveaux succès obtenus à l'aide du perchlorure de fer dans les maladies du système circulatoire. Vous le voyez vous-mêmes , il était impossible de tout dire , et maintenant, si j'ai été trop long , ne vous en prenez qu'à vous , qu'à votre activité ; mais je ne pouvais pas dérober aux yeux de tous une si riche moisson.

J'allais clore ce compte rendu, heureux de contempler toutes ces marques de votre zèle, lorsqu'une nouvelle question est venue à s'élever, et elle a pris en trois séances une telle proportion que j'ai cru devoir la renvoyer au premier compte rendu. Vous devinez que je veux

parler de l'urétrotomie ; c'est par elle que j'aurais dû finir, c'est par elle que je commencerai l'an prochain.

Installation du bureau. — M. Huguier procède à l'installation du nouveau bureau, et cède le fauteuil de la présidence à M. Gosselin, qui adresse quelques paroles de remercîments à la Société.

CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général donne connaissance de la correspondance.

— M. le docteur Sirus Pirondi, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, qui avait, dans l'une des précédentes séances, adressé à la Société une série d'observations cliniques afin d'obtenir le titre de membre correspondant, fait hommage de plusieurs mémoires sur divers sujets de chirurgie. (Commission : MM. Follin, Broca, Richet.)

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. le professeur Ranzi (de Florence), un ouvrage italien en quatre volumes in-quarto, intitulé *Leçons de médecine opératoire* par le professeur George Regnoli, et *Leçons de pathologie chirurgicale* par le professeur Andrée Ranzi.

Dans sa lettre d'envoi à M. le président, M. Ranzi sollicite le titre de membre correspondant. (Commission : MM. Larrey, Richet, Broca.)

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. le docteur E. L. Bertherand, ex-chirurgien militaire, une brochure intitulée *De la suture mixte et en faufil,* avec deux planches.

M. Verneuil est chargé de faire un rapport verbal sur cette publication, extraite des *Annales médicales de la Flandre occidentale.*

Urétrotomie. — M. Vidal prend la parole à l'occasion du procès-verbal de l'avant-dernière séance, et continue la discussion sur l'urétrotomie.

M. Robert a senti le besoin de défendre le rapport de la commission d'Argenteuil que personne n'a attaqué ici. Deux membres de cette commission ont seulement déclaré qu'ils avaient été entraînés à le signer par ce qu'il y avait d'ingénieux dans la partie du travail de M. Reybard qui traite de l'anatomie pathologique. Ce n'est donc pas l'urétrotomie de M. Reybard qu'ils ont couronnée, mais tout autre chose. Ceci, soit dit en passant, servira aux prochains concurrents qui se trouveraient trop gênés par la clause testamentaire d'Argenteuil.

Je n'ai pas la prétention de répliquer à tout un discours qui est une réponse à une attaque extérieure (disons le mot, ou plutôt disons le nom, contre une attaque de M. Civiale). Mais ce discours a été prononcé dans le sein de la Société de chirurgie ; il est donc impossible

qu'il ne reçoive aucune réponse, au moins sur un point du dogme chirurgical fort maltraité par M. Robert.

Selon le rapporteur de l'Académie impériale de médecino, la plaie qui résulte de l'urétrotomie est une plaie sous-cutanée ; mais si j'ai compris Hunter et M. Guérin, si j'ai bien vu les faits qui se sont produits devant moi, il me semble que les *plaies non exposées*, comme le disait le chirurgien anglais, ne suppurent pas, ne sont pas suivies de phlébite et ne sont pas avec hémorrhagie externe, tous phénomènes qui s'observent après les grandes incisions urétrales. Pourquoi, d'ailleurs, Hunter a-t-il appelé les plaies en question *plaies non exposées?* Parce qu'elles n'avaient aucun rapport avec l'air. Or les solutions de continuité produites par l'urétrotomie de M. Reybard sont en rapport avec l'air. Je le prouverai bientôt. Ainsi, dans ce parallèle, M. Robert s'est servi de l'imagination; mais en chirurgie les faits valent mieux, ils établissent l'innocuité de la chirurgie sous-cutanée et prouvent les dangers de l'urétrotomie urétrale.

Du reste, si notre collègue voulait être logique jusqu'au bout, il verrait que le but final des plaies sous-cutanées est une *réparation immédiate*, une très prompte réunion des tissus divisés. Or, cette prompte réunion après l'urétrotomie serait une prompte récidive, beaucoup plus prompte qu'après la dilatation. Mais comme M. Reybard veut obtenir le contraire, il a soin de mettre obstacle à cette prompte réunion, et après avoir profondément incisé, il a recours à un dilatateur spécial, pour qu'on puisse, dit-il, dilater considérablement dans l'urètre. Cet instrument n'est pas formé d'une tige pleine; car, selon M. Reybard, on empêcherait ainsi l'air d'entrer dans le canal et d'occuper le vide qui résulte du soulèvement et de l'écartement de ses parois. Je répète ici les expressions mêmes de M. Reybard. Ainsi, voilà donc une plaie *non exposée*, selon M. Robert, et qui est mise en contact avec l'air par le candidat couronné. C'est même là un élément essentiel de sa méthode et qui la différencie des autres urétrotomies. M. Maisonneuve, quoi qu'il en dise, coupe grandement l'urètre, mais il ne fait que cela. Il préfère déclarer le malade guéri que de mettre la plaie en contact avec l'air. C'est plus instantané et plus sous-cutané.

Un dilatateur métallique avec deux branches qui écartent une plaie et qui transmet continuellement de l'air à cette plaie doit lui imprimer des caractères qui ne sont pas ceux des plaies sous-cutanées, surtout si on y ajoute le contact obligé de l'urine. En effet, cette plaie produit du sang et de la sérosité; enfin, une humeur séro-purulente. M. Rey-

bard avoue même l'écoulement d'un pus blanc, lié, épais, etc. Enfin, tout se passe comme dans les plaies qui suppurent.

Ainsi donc, non-seulement M. Robert n'est pas d'accord avec les faits observés journellement, mais il diffère de M. Reybard.

M. Robert, admettant des exceptions et disant qu'il y avait des cas qui pouvaient nous rendre indulgents à l'égard de l'urétrotomie, fait comme tout avocat dévoué doit faire, il plaide les circonstances atténuantes. Quant à nous, nous devons être indulgents pour le chirurgien qui a déjà des titres scientifiques pour plusieurs procédés ingénieux. Mais si vous acquittiez la méthode, vous condamneriez les malades et exposeriez plus d'un confrère à des remords.

Il y a en effet des rétrécissements d'une opiniâtreté désespérante; ils s'éternisent et récidivent malgré la dilatation, mais aussi malgré l'urétrotomie. J'en possède plusieurs preuves vivantes. Donc aucune des deux méthodes ne guérira radicalement. Mais il y en a une qui tue et l'autre laisse vivre : on choisira.

M. Robert, continuant le rôle de défenseur habile d'une mauvaise cause, invoque en faveur de l'urétrotomie des attestations de la chirurgie lyonnaise. Mais il se trouve que M. Debout a produit des attestations contraires de la même chirurgie. Ce phénomène s'offre en général quand on vient au procédé du certificat. Pour ce qui est de Paris, du moins de la Société de chirurgie, si j'avais la mission flatteuse d'exprimer sa pensée, je dirais : Point d'urétrotomie. Mais je laisse à l'ensemble de cette discussion et au bon sens de ceux qui l'ont suivie le soin de conclure. Je ne doute nullement de leur dernier mot.

M. Bouvier. M. Vidal a parlé de ce qui s'était passé dans le sein de la commission de l'Académie pour le prix d'Argenteuil. Il semble reprocher à cette commission de n'avoir accordé le prix qu'en raison des travaux d'anatomie pathologique de M. Reybard. Il va plus loin, et croit y voir un avertissement pour les concurrents futurs, qui pourront enfreindre le texte posé par le testateur. M. Vidal commet ici une erreur. Il n'y avait pas dans le travail de M. Reybard que de l'anatomie pathologique pure; celle-ci conduisant à des déductions pratiques, il avait à poser de nouvelles bases à la thérapeutique. La volonté du testateur n'était donc pas enfreinte.

M. Gerdy parle dans le même sens. Membre de la première commission, et appréciant déjà à cette époque les travaux de M. Reybard, il a cru devoir encore les appuyer de son vote dans la seconde commission, car rien de supérieur n'avait été produit. Le livre de M. Reybard ne renferme pas seulement de l'anatomie pathologique, c'est un

ensemble bien remarquable de faits, d'expériences, de raisonnements, en un mot d'études sérieuses. Le côté thérapeutique, il est vrai, ne paraissait pas très avantageux; mais il fallait décerner le prix, et réellement il revenait de droit à M. Reybard. M. Gerdy explique les embarras dans lesquels se trouvait l'Académie et les imputations fâcheuses qu'on formulait sur elle ; on ne pouvait pas retarder plus longtemps la décision de la commission.

M. Larrey, également membre de la deuxième commission, confirme ce que viennent de dire ses deux collègues. La commission, dit-il, a été unanime à récompenser dans le travail de M. Reybard une œuvre remarquable sous plus d'un rapport.

M. Vidal n'a pas voulu diminuer le mérite du travail en question; il a seulement avancé, d'après deux membres de la commission, que ce n'était pas l'urétrotomie qui avait été couronnée, et il maintient son dire; il constate que les deux nouveaux membres de la commission qui viennent de parler, MM. Bouvier et Larrey, n'ont pas davantage voulu récompenser l'opération de M. Reybard.

— M. Forget présente l'articulation du genou d'un malade qui a dû subir l'amputation de la cuisse.

Les pièces d'anatomie pathologique que je place sous les yeux de la Société, dit-il, proviennent d'un homme âgé de quarante-trois ans à qui j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse, il y a aujourd'hui dix jours, dans les circonstances suivantes :

Il y a quinze ans que des douleurs, accompagnées de gonflement, se manifestèrent dans l'articulation tibio-fémorale gauche. Depuis cette époque, le genou est resté notablement plus volumineux que celui du côté droit. La marche était gênée, souvent douloureuse pour peu qu'elle se prolongeât : plusieurs fois on constata tous les signes d'un épanchement intra-articulaire à la suite de violences extérieures déterminées soit par un choc, soit par une chute sur le genou.

Il y a deux ans, après un accident semblable, M. X... vit se former au côté interne de l'articulation une tumeur fluctuante, qui se développa de bas en haut. Les progrès de cette tumeur, la gêne et souvent l'obstacle réel qu'elle mettait au jeu de l'articulation décidèrent le malade à recourir à l'intervention du chirurgien.

Consulté par lui, je diagnostiquai un kyste extra-articulaire sans communication avec l'intérieur de l'article; sa forme s'adaptait exactement à la direction de la gaîne synoviale des muscles de la patte d'oie; plusieurs de mes collègues de la Société de chirurgie partagèrent mon opinion sur l'isolement de la tumeur et sa non-communication avec

la cavité articulaire. L'avis de la plupart fut de faire une ponction et une injection iodée.

Cette opération faite, je pus constater la nature du kyste, qui contenait une multitude de corpuscules que l'on a comparés à des grains de riz; ceux-ci ne pouvant sortir par la canule du trocart, j'agrandis l'ouverture par une petite incision, puis j'injectai la teinture d'iode. Douze jours après cette injection, le kyste s'enflamma, une suppuration abondante exigea qu'il fût incisé dans toute son étendue. Un pansement à plat fut fait consécutivement à cette incision.

Pendant huit jours, tout paraissait bien se passer; la plaie suivait très régulièrement ses phases, lorsqu'il fut pris d'un frisson très vif, auquel succéda un état fébrile des plus intenses : des douleurs excessives avaient envahi l'articulation du genou, autour de laquelle se formèrent bientôt des collections purulentes multiples; la cavité articulaire elle-même se remplit de pus, qui s'écoulait par une ouverture fistuleuse placée en dedans de l'épine du tibia.

Bientôt les accidents généraux et locaux devinrent plus pressants, des craquements eurent lieu à chaque mouvement, qui était très douloureux. Une mobilité considérable des extrémités articulaires entre elles ne laissait aucun doute sur la lésion profonde dont elles étaient le siége, et qui d'après moi nécessitait l'amputation de la cuisse. Cette opinion fut celle d'un de mes collègues de la Société de chirurgie, qui voulut bien m'assister dans cette opération.

Les pièces anatomiques montrent :

1° Une vaste excavation occupant l'extrémité supérieure du tibia, et qui me paraît de nature tuberculeuse; la matière qu'elle renfermait, la délimitation exacte de la maladie, l'intégrité du tissu osseux et du périoste sur les confins de l'excavation dont il s'agit, la densité du tissu spongieux qui en forme le fond, enfin la matière caséeuse qu'elle contenait, telles sont les raisons qui me font adopter l'existence ancienne de tubercules ramollis et suppurés. Cette excavation tuberculeuse s'ouvre dans la cavité articulaire par deux orifices, et en arrière, dans le creux poplité, par une perforation pouvant admettre l'extrémité d'une sonde. C'est dans cette double direction que les collections purulentes s'étaient surtout produites.

2° Les extrémités articulaires du tibia offraient une décortication des cartilages; le tissu osseux sous-jacent était vascularisé et enflammé. La même lésion existait sur la face interne de la rotule.

3° Il existait en outre sur le condyle interne une excavation très nette, qu'on eût dit faite avec un emporte-pièce, et assez grande pour

loger un œuf de pigeon. Elle contenait de la matière tuberculeuse ramollie.

— La Société procède à la nomination de plusieurs commissions chargées de détails d'administration intérieure.

— Comité secret à cinq heures pour entendre le rapport de la commission nommée pour présenter les candidats à la place vacante.

L'ordre de présentation adopté a été le suivant : MM. Cazeaux, Depaul, Fano.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Arist. VERNEUIL.

Séance du 11 juillet 1855.

Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. MONOD comptait mettre sous les yeux de la Société une pièce d'anatomie pathologique recueillie sur un homme mort des suites d'un rétrécissement urétral; il se contentera de fournir quelques renseignements sur le fait clinique.

Un sujet affecté de rétention d'urine complète fut admis à la Maison de santé. M. Demarquay tenta le cathétérisme sans succès. M. Monod essaya à son tour, mais sans mieux réussir. Il engagea M. Maisonneuve à faire de nouvelles tentatives. Ce dernier s'empressa de répondre à l'appel, et vint voir le malade dans la journée; mais il ne fut pas plus heureux. Le lendemain, M. Monod fit la ponction sus-pubienne; une inflammation assez vive se développa dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale et du bassin. M. Demarquay eut recours à la ponction rectale; mais malgré tout le malade succomba au bout de deux ou trois jours.

M. DEMARQUAY complète l'observation en fournissant quelques détails sur l'autopsie. Le rétrécissement siégeait à la région du bulbe; il était très serré. Par suite des explorations ou des tentatives de cathétérisme antécédentes, une fausse route avait été pratiquée en avant et au-dessous de la portion rétrécie du canal et dans la paroi postérieure de l'urètre. Il en résultait que les instruments qu'on voulait introduire dans l'obstacle passaient au-dessous en s'engageant dans une cavité sous-jacente assez profonde et assez spacieuse.

L'étroitesse du point rétréci et les rapports de son orifice avec l'orifice anomal laissaient peu de chance à l'introduction d'un instrument dans le rétrécissement.

La ponction sus-pubienne avait entraîné une inflammation de voisinage. La ponction rectale avait atteint la vessie sans intéresser les voies spermatiques.

— A l'occasion de la communication de M. Monod, M. Maisonneuve fait observer qu'elle ne contredit en rien la proposition qu'il avait émise en disant qu'il ne reconnaissait pas de prostate infranchissable, et ne peut aucunement faire préjuger de la valeur de sa méthode. En effet, le malade auprès duquel M. Monod avait appelé M. Maisonneuve était atteint non d'une hypertrophie de la prostate, mais d'un rétrécissement. Il avait des fausses routes, des abcès, et de plus il était mourant. Dans ces circonstances, M. Maisonneuve a dû s'abstenir.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey présente à la Société, avec une lettre d'envoi de la part de M. Hutin, médecin en chef des Invalides, le mémoire qui a obtenu le prix Portal à l'Académie de médecine, sur l'*Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus.*

— M. le docteur Hermann Friedberg adresse le premier volume de sa *Clinique chirurgicale.* (M. Broca est chargé d'en rendre compte.)

— M. Sauvé adresse le rapport fait à la Société de médecine de Marseille à l'occasion d'une brochure de M. Chargé intitulée *l'Homœopathie et ses détracteurs.*

ÉLECTION.

La Société procède au scrutin pour l'élection d'un membre titulaire. Nombre des votants : 30.

Les voix sont ainsi réparties : M. Cazeaux, 20 voix
M. Depaul, 8 —
M. Fano, 2 —

M. Cazeaux, ayant obtenu le nombre de voix voulu, est nommé membre titulaire.

LECTURE.

M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, membre correspondant de la Société de chirurgie, donne lecture d'un travail intitulé *Recherches expérimentales sur l'action spéciale du chancre syphilitique de l'homme sur les animaux.*

J'ai l'honneur de présenter à l'examen de la Société de chirurgie le résultat de quelques expériences sur l'action inflammatoire spéciale que produit l'introduction d'un chancre syphilitique récent dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un animal (*le lapin*). Ces expériences, je crois, n'ont pas encore été tentées, bien que dans ces derniers temps la question de la transmission de la syphilis de l'homme aux animaux ait été le sujet de nombreuses recherches.

Admettons d'abord comme positifs et sanctionnés par de nombreuses expériences les deux faits suivants :

1° La sérosité d'une pustule charbonneuse ou maligne de l'homme (maladie très fréquente et très meurtrière dans la Beauce), inoculée aux animaux, au mouton, par exemple, est inoffensive; cette inoculation de la sérosité ne produit aucun effet, pas même une inflammation autour de la piqûre;

2° Au contraire, cette pustule maligne excisée, soit en totalité, soit en partie, et introduite sous la peau d'un mouton, dans le tissu cellulaire de la région inguinale, détermine une maladie charbonneuse et la mort de ce mouton en quarante ou soixante heures.

Sans vouloir expliquer cette particularité, il semble que la propriété septique du charbon inoculé de l'homme aux animaux réside non dans la sérosité, mais dans la pustule.

Faisant application au chancre syphilitique de ces données expérimentales fournies par la pustule charbonneuse, nous avons compris la raison des échecs constants des expérimentateurs syphiliographes, qui se sont bornés à inoculer aux animaux le pus du chancre humain; nous avons pensé que, si le pus du chancre inoculé aux animaux a toujours été sans résultat, le chancre excisé et introduit sous la peau, dans le tissu cellulaire, pourrait produire de l'inflammation et de la suppuration, et déterminer des phénomènes spéciaux.

Voici les expériences que nous avons tentées, mon collègue M. Salmon et moi, sur cette question chirurgicale.

Obs. I.—*Excision d'un chancre syphilitique ulcéré depuis quatre jours. — Introduction de ce chancre dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région supérieure du cou d'un lapin. — Inflammation rapide, suppuration abondante; mort du lapin seize jours après l'introduction de la pustule.*

Le 14 février 1855, B..., âgé de vingt ans, tempérament sanguin, entra à l'hôpital pour deux chancres récents situés dans la rigole du pourtour du gland, et une pustule de la grosseur d'un petit pois à som-

met noirâtre, sur la peau de la verge, à 5 centimètres de l'extrémité libre du prépuce. Cette pustule était entourée d'une légère inflammation de la peau : c'était la pustule initiale d'un chancre.

Le 18, cette pustule s'était transformée en ulcération, à bords taillés à pic et à fond grisâtre, présentant l'aspect d'un chancre parfaitement caractérisé; bubon commençant à l'aine gauche.

Le 23, introduction de ce chancre excisé dans le tissu cellulaire de la région supérieure du cou d'un lapin ; suture de la petite plaie du cou au moyen d'une épingle.

Le 24, le lapin ne présenta rien de particulier. Dans la journée du 25, il mangea un peu moins; gonflement du cou.

Le 26, suppuration considérable et fétide, à odeur aigre, d'un liquide séro-purulent; gonflement de la peau du cou autour de l'incision jusqu'à la nuque.

Le 27, la suppuration continue abondamment; le lapin mange peu.

Les jours suivants, l'inflammation s'étend jusque sous le ventre, la peau s'ulcère ; il s'écoule de ces ulcérations de la peau du ventre un pus fétide.

Le 10 mars, marasme ; mort dans la nuit, seize jours après l'introduction de la pustule syphilitique ulcérée.

Autopsie le 11 mars. — Maigreur extrême ; le poil se détache facilement de la peau. La plaie du cou ne présente aucune apparence de cicatrisation ; sa surface est tapissée d'une pseudo-membrane purulente. En avant, vers l'occiput, il existe un petit abcès dans l'épaisseur d'un ganglion ; un second abcès ganglionnaire s'observe sur le côté gauche du cou, vers l'angle de la mâchoire. En arrière de la plaie, il existe entre la peau et les muscles une traînée purulente qui longe le côté gauche de l'épine dorsale; cette traînée purulente s'élargit vers la région lombaire et s'étend en nappe sous le ventre jusqu'à l'aine droite. Ce pus est demi-liquide, d'un blanc laiteux, d'une odeur aigre.

Poitrine. — Pas de sérosité dans les plèvres, ni dans le péricarde ; les poumons sont légèrement rosés, crépitants, sans engorgement, sans abcès, sans trace inflammatoire; les bronches ne sont pas injectées.

Les cavités du cœur sont remplies d'un sang noir coagulé.

Abdomen. — Pas de sérosité dans la cavité péritonéale; la surface de l'estomac est blanchâtre, sans inflammation. Rien de particulier dans les intestins.

Le foie n'est pas volumineux ; son tissu est de consistance naturelle.

La rate a son volume normal; son tissu n'est pas ramolli.

Tissu des reins de consistance normale; vessie distendue par l'urine.

Il n'existait donc aucune lésion anatomique des organes internes ; mais les altérations de la peau étaient étendues : ulcération de la plaie du cou, suppuration considérable du tissu cellulaire sous-cutané et des ganglions cervicaux.

Ce qui est remarquable, c'est la rapidité avec laquelle l'inflammation suppurative s'est propagée, après l'introduction de la pustule syphilitique, de la région cervicale aux régions dorsale et ventrale ; et quand on sait avec quelle difficulté la suppuration du tissu cellulaire se produit chez les lapins, on est porté à croire à une action phlogistique spéciale du chancre sur ce tissu cellulaire.

C'est le seul cas de mort que nous ayons observé ; c'est aussi la seule occasion qui se soit présentée à nous d'introduire sur un lapin *un chancre récent*, *vierge de médication* , *par conséquent doué de toute son activité septique.*

Le pus et la surface suppurante de la plaie du cou de ce lapin nous ont servi aux expériences suivantes :

Première expérience. — Le 1er mars, instillation de pus dans l'œil droit d'un second lapin. Résultat nul.

Deuxième expérience. — Inoculation du pus avec une lancette à la lèvre supérieure et à la paupière supérieure de l'œil droit d'un troisième lapin. Résultat nul.

Troisième expérience. — Le 10 mars, *introduction* sous la peau du cou des deux lapins précédents d'une portion grosse comme une lentille de la surface suppurante du lapin nº 1.

Le 12 mars, tuméfaction et chaleur de la peau au niveau de la petite plaie ; la suppuration commence.

Les 13 et 14, suppuration abondante et fétide. Sur l'un d'eux, gonflement d'une glande parotidienne ; chez l'autre, adénite cervicale.

Le 1er avril, la plaie était cicatrisée chez les deux lapins, et les glandes étaient diminuées de volume.

Il y a donc eu, dans ces deux cas, inflammation, suppuration particulière du tissu cellulaire sous-cutané et adénite cervicale consécutive, par suite de l'introduction d'une petite portion de la surface suppurante du lapin qui a succombé ; mais l'inflammation a été essentiellement locale et la guérison assez rapide.

Dans l'observation suivante, le chancre, qui était également exempt de médication, mais d'une date moins récente que dans le premier cas, a déterminé chez un lapin une inflammation analogue ; le lapin n'a pas succombé, et les accidents ont été seulement locaux.

Obs. II. — Le 25 mars, la fille Ligoreau entre à l'hôpital pour deux chancres situés à la face externe des grandes lèvres et un troisième à la fourchette. Elle ne sait depuis quelle époque les chancres existent ; elle n'a subi aucun traitement. Pas d'apparence de bubon.

Le 26, excision d'un des chancres de la grande lèvre, du volume d'une lentille ; introduction de ce chancre sous la peau de la région supérieure du cou d'un lapin.

Le 28, inflammation du tissu cellulaire autour de la petite plaie du cou ; écoulement d'un pus séro-laiteux assez abondant. Le lapin mange bien.

Le 29, apparition d'une glande au-dessous de l'œil gauche, au-devant du maxillaire supérieur.

Le 1er avril, cette glande a le volume d'un œuf de pigeon ; elle est fluctuante. La plaie du cou est suppurante ; son fond est d'un blanc grisâtre. Induration de la peau au pourtour de la plaie.

Le 25 avril, la plaie du cou, après avoir suppuré assez abondamment, s'est cicatrisée, et la tumeur prémaxillaire s'est ouverte et fermée à deux reprises différentes.

Comme dans les cas précédents, nous avons constaté la rapidité de l'inflammation et d'une suppuration *sui generis* (séro-laiteuse, à odeur aigre) et l'apparition d'une adénite prémaxillaire. Mais, dira-t-on, cette inflammation est le résultat du séjour d'un corps étranger dans le tissu cellulaire ; tout corps du volume d'une petite lentille placé sous la peau du cou d'un lapin peut produire une inflammation identique, de la suppuration et souvent un gonflement des ganglions cervicaux.

Voici des expériences négatives qui répondent à cette objection, et qui nous font croire à l'existence dans le chancre récent d'un principe inflammatoire qui agit d'une manière spéciale sur le tissu cellulaire des animaux :

Première expérience. — Fournet, vingt-sept ans, fut atteint pour la première fois, le 10 décembre 1854, de trois chancres.

Il entra à l'hôpital le 21.

Depuis le 21 jusqu'au 9 janvier 1855, cautérisation des chancres avec le nitrate d'argent ; traitement interne spécial.

Le 9 janvier, nous avons introduit dans le tissu cellulaire du côté droit du cou d'un lapin une portion de chancre induré en voie de cicatrisation et excisé de la face interne du prépuce.

Six jours après, la peau n'était pas enflammée ; un kyste pseudo-

membraneux était en voie de formation autour du chancre introduit. Il ne survint ni suppuration, ni induration du tissu cellulaire.

Le résultat fut négatif.

Deuxième expérience. — Un jeune homme entra à l'hôpital le 14 décembre pour un chancre qui existait depuis le 10 novembre 1854, et qui n'avait subi aucun traitement spécial.

Depuis le 14 décembre jusqu'au 7 janvier, administration tous les jours d'une pilule de proto-iodure de mercure; cautérisation du chancre avec le nitrate d'argent.

Le 7 janvier, il y avait encore une induration de la largeur d'une pièce de 25 centimes, avec ulcération superficielle.

Opération. — Excision de cette induration; introduction de la partie excisée sous la peau d'un lapin, à la partie supérieure et droite de la région cervicale; suture au moyen d'une épingle, pour maintenir sous la peau le morceau excisé.

Les jours suivants, il survint une inflammation légère et l'apparition d'un petit ganglion post-auriculaire. Quinze jours après, la plaie était complétement cicatrisée et le ganglion avait disparu.

Le résultat peut être considéré comme négatif.

Troisième expérience. — Un malade entra à l'hôpital le 10 avril 1855 pour des végétations syphilitiques autour du gland et un balanite simple résultant probablement de la malpropreté. Les végétations sont excisées et introduites sous la peau du cou d'un lapin; suture de la peau.

Il ne survint pas d'inflammation ni de suppuration; la cicatrisation s'est faite par première intention.

Le résultat a été négatif.

Ainsi, dans ces trois cas, bien que les opérations aient été faites de la même manière, et que les tissus introduits sous la peau fussent plus résistants, puisqu'ils étaient indurés, nous n'avons pas observé d'inflammation suppurative.

En présentant ces observations, notre but a été d'apporter quelques faits et quelques expériences à l'étude d'une question qui ne nous paraît pas devoir être complétement rejetée; et, bien que nous ne prétendions tirer encore aucune conséquence d'un aussi petit nombre de faits, l'analogie et l'observation nous permettent cependant de penser :

1° Que le pus du chancre syphilitique, de même que la sérosité de la pustule charbonneuse, inoculé de l'homme aux animaux, est sans effet;

2° Qu'un chancre récent, exempt de médication, excisé en totalité ou en partie, paraît doué d'une propriété inflammatoire spéciale agissant sur les animaux ;

3° Que le chancre introduit dans le tissu cellulaire de la région supérieure du cou d'un lapin produit de l'inflammation, une suppuration *sui generis* et un gonflement des ganglions cervicaux ;

4° Que cette inflammation a pu être, dans un cas, assez étendue pour déterminer la mort d'un lapin ;

5° Que le chancre ancien induré paraît avoir perdu cette propriété spéciale, puisque introduit sous la peau il ne détermine aucune inflammation suppurative ;

6° Enfin, que dans certaines affections pustuleuses transmissibles des animaux à l'homme ou de l'homme aux animaux, ce procédé d'introduction sous la peau de la pustule excisée peut mettre sur la voie de nouvelles recherches et donner des résultats précieux.

Une courte discussion s'engage sur ce travail.

M. Cullerier a fait, à une autre époque, de nombreuses expériences afin d'étudier la transmissibilité du virus syphilitique de l'homme aux animaux. Il a fait des essais sur cinq espèces différentes, des chiens, des chats, des lapins, des singes et des cochons d'Inde ; il ne s'est pas contenté d'inoculer avec la lancette, mais il a introduit le pus dans le tissu cellulaire même au moyen d'incisions faites à la peau. Jamais il n'a rien obtenu, de telle façon que tout en tenant compte des différences d'expérimentation que comportent les essais de M. Maunoury, on peut se demander s'il n'y aurait pas eu là une certaine coïncidence entre les insertions virulentes et les accidents inflammatoires, plutôt qu'une relation de cause à effet.

M. Larrey demande ce que sont devenus les malades qui ont fourni les matériaux syphilitiques ; c'est une lacune dans le travail qu'on vient d'entendre.

M. Maunoury répond que l'insuccès de l'inoculation du pus simple ne contredit pas les résultats qu'il annonce. En effet, on savait bien que la pustule maligne peut se communiquer des animaux à l'homme par les liquides seuls et par des inoculations très légères ; mais on ne savait pas si la réciproque était vraie. Il tenta donc une première série d'expériences, il constata que le sang d'un individu atteint de pustule maligne et la sérosité provenant des vésicules elles-mêmes qui caractérisent cette maladie pouvaient être inoculés impunément aux animaux. On aurait donc pu conclure que la pustule maligne de l'homme n'était pas inoculable aux animaux. C'est alors que vint l'idée d'insérer

dans le tissu cellulaire de ces animaux des fragments d'eschares provenant d'une pustule maligne humaine. On se procurait ces fragments en excisant les eschares pour appliquer la cautérisation avec le sublimé. Or, tous les animaux ainsi traités moururent avec tous les signes des affections charbonneuses. C'est par cette voie qu'il a été conduit à essayer l'effet du tissu du chancre, et comme pour la pustule maligne, le résultat a été bien différent à la suite de l'inoculation liquide simple et de l'insertion du tissu infecté.

Les malades dont les chancres ont été excisés se sont rétablis très bien, et la cicatrisation a même été un peu plus prompte que par l'emploi de la simple cautérisation.

M. Michon adresse quelques questions sur la partie des travaux de M. Maunoury relatifs à la pustule maligne. Cette affection est commune chez l'homme et les animaux dans la Beauce, la Bourgogne, et à Paris même, les habitants du faubourg Saint-Marceau en offrent, à raison de leurs professions, d'assez nombreux exemples. M. Michon, qui a observé la maladie dans ces différents pays, désire quelques explications sur les expériences en question. Il en conclut d'abord que, si les liquides humains n'infectent pas les animaux, ceux-ci sont beaucoup plus généreux; car il n'est pas nécessaire, pour l'homme, que le produit virulent soit introduit en nature et sous forme de tissu; la moindre parcelle de fluide animal suffirait pour communiquer l'affection charbonneuse à l'homme.

M. Michon lui-même a tenté des expériences sur plusieurs animaux; il n'a jamais pu inoculer la pustule maligne du bœuf au chien, au cheval, au lapin; ces espèces sont aussi réfractaires à cet empoisonnement que le bœuf, par exemple, l'est à la morve. M. Maunoury a-t-il répété ces tentatives et a-t-il inséré des eschares de pustule maligne dans le tissu cellulaire du chien, du cheval, du lapin? et, s'il l'a fait, a-t-il obtenu des résultats? Si des animaux qui n'ont jamais la maladie charbonneuse la contractaient par ce mode de transmission, cela constituerait un fait très curieux et très analogue à la transmission de la syphilis de l'homme à des races animales qui ne l'ont jamais primitivement et qui ne l'admettent pas par l'inoculation purulente simple.

M. Maunoury répond d'abord qu'il n'affirme pas donner aux animaux la véritable syphilis; il fait seulement naître chez eux des inflammations graves, parfois mortelles : c'est tout ce qu'il dit pour le moment. Toutes les questions posées par M. Michon ont, du reste, été résolues déjà dans une série d'expériences faites par les médecins du département d'Eure-et-Loir; elles ont été publiées dans les bulletins de l'As-

sociation médicale de ce département. On y verra que les insertions virulentes restent sans effet chez le chien, réussissent assez souvent sur le mouton, quelquefois seulement chez le cheval; ce dernier animal, au reste, meurt assez souvent d'affection charbonneuse.

M. Deguise fils demande des renseignements sur les résultats du traitement de la pustule maligne par le sublimé dans le but de s'éclairer lui-même.

M. Maunoury donne quelques détails sommaires sur ce point, et renvoie pour plus ample informé au travail déjà cité.

— La Société procède à l'élection d'une commission de trois membres chargée de poser la question du prix annuel. Cette commission se compose de MM. Michon, Larrey, Broca.

— L'ordre du jour rappelle la discussion sur l'urétrotomie.

M. Lenoir. J'aurais peut-être pu m'abstenir de prendre une seconde fois la parole dans cette discussion, car il m'a semblé, après avoir entendu la réponse que M. Maisonneuve a faite aux critiques que je vous ai présentées sur son travail, que celles-ci n'avaient rien perdu de leur valeur; mais, comme il a produit ses trop courtes objections avec un ton d'assurance qui n'appartient qu'au succès, et que, par défaut de mémoire ou par tout autre motif, il a fait une abstraction par trop radicale des preuves et des arguments que je lui ai opposés, j'ai cru qu'il était de mon devoir de lui répondre, ne fût-ce que pour lui montrer que, malgré ses airs vainqueurs, il n'a encore foudroyé aucun de ses adversaires, et que sa réfutation laisse beaucoup à désirer, s'il a eu la prétention de la faire complète.

Je vais donc soumettre à un nouvel examen la partie de son discours qui me concerne. Je serai court cette fois, car je ne veux répondre qu'aux quelques points de mon travail qui ont été attaqués par notre collègue.

La première objection qu'il m'a faite est relative à l'invention qu'il persiste à réclamer de ce qu'il appelle sa *méthode de cathétérisme sur conducteur;* il a beaucoup insisté sur la différence qui existe, selon lui, entre une tige flexible et mince de baleine et deux bougies fines de gomme élastique réunies par l'intermédiaire d'un fil et employées l'une et l'autre comme moyen conducteur d'une sonde percée à ses deux bouts, la tige de baleine appartenant à M. Amussat et les deux bougies réunies étant la propriété de notre collègue. Je concède bien volontiers à M. Maisonneuve qu'une tige de baleine n'est pas une bougie de gomme élastique; toutefois, lorsque cette tige est façonnée en bougie, qu'elle

est mince et flexible dans son corps, qu'elle est pourvue à son extrémité libre d'un petit renflement olivaire qui lui permet de glisser sur les inégalités de l'urètre, il est difficile de croire qu'elle se comporte dans ce canal autrement qu'une bougie de gomme élastique. Mais cette distinction invoquée par notre collègue, fût-elle juste, n'établirait qu'un seul point, à savoir : que M. Maisonneuve a trouvé un autre moyen, ou, ce qui est plus vrai, une autre substance que l'un de ses devanciers pour conduire une sonde dans la vessie. Quant au principe du cathétérisme sur conducteur, je ne puis rien lui concéder à ce sujet, et, à moins qu'il ne supprime le texte des œuvres de Desault que je vous ai cité, celui du mémoire de M. Pichauzel couronné en 1810 par la Société de médecine de Bordeaux et la note entière tirée du livre de M. Rigal (de Gaillac), il faut qu'il admette, lui aussi, que l'on pratiquait le cathétérisme sur conducteur longtemps avant que l'idée lui vînt de le réinventer pour son propre compte.

La seconde objection a eu pour sujet le mode d'action de son urétrotome. Vous vous rappelez cet instrument. M. Maisonneuve affirme de nouveau que de tous les urétrotomes connus celui-ci est le seul qui coupe réellement de dedans en dehors, et que la crainte de casser sa lame dans la manœuvre opératoire est tout à fait chimérique. Voici le dilemme que je posais à notre collègue à ce double propos : ou vous coupez seulement de dedans en dehors, et dans ce cas, votre instrument agissant seulement aussi par pression sur le rétrécissement, vous en casserez la lame pour peu que les tissus indurés offrent de résistance ; ou bien vous retirez votre urétrotome en même temps que vous l'ouvrez, et vous coupez alors de dedans en dehors et d'arrière en avant, et dans ce cas vous faites comme tout le monde, et votre urétrotome agit à la manière de tous les autres. A cela M. Maisonneuve répond par une simple dénégation ; je ne puis que lui faire observer ici qu'une démonstration m'aurait plus satisfait qu'une dénégation.

La troisième objection de notre collègue porte sur un point de doctrine que je suis bien aise de lui voir partager aujourd'hui. J'avais avancé que M. Maisonneuve incisait tous les rétrécissements urétraux qu'il rencontrait ; il s'en défend à présent, et vous l'avez entendu dire devant vous qu'il fait comme tout le monde, qu'il incise les rétrécissements qui doivent être incisés, et qu'il traite les autres comme il convient. Si j'ai commis la faute de prêter à notre collègue une opinion qui n'est pas la sienne, que M. Maisonneuve ne s'en prenne qu'à lui-même, car je lui porte le défi de me citer une seule ligne de son mémoire qui ait rapport à la distinction qu'il établit dans sa réfutation ; et

dans les cinq observations qui suivent, et où on le voit à l'œuvre, il n'y en a pas une où il soit fait mention de recherches préalables propres à déceler l'espèce de rétrécissement à laquelle il avait affaire. Toutefois, j'admets que notre collègue, puisqu'il le dit, a toujours suivi jusqu'à présent la doctrine qu'il revendique; mais je me demande alors comment cette doctrine peut s'accorder avec celle de la cure instantanée des rétrécissements; car enfin si, préalablement à l'incision, vous voulez vous assurer de la nature de l'obstacle que vous devez traiter, il faut ici que vous fassiez encore comme tout le monde, il faut que, par l'introduction successive d'un certain nombre de bougies graduellement plus fortes, vous arriviez à constater que le rétrécissement est ou n'est pas dilatable; et ces manœuvres longues et délicates sont incompatibles avec l'instantanéité de la cure que vous annoncez. Je me vois donc forcé par la logique de vous demander de faire un second retranchement au titre de votre mémoire. Je vous ai montré précédemment que vous n'étiez pas autorisé par les faits connus et par ceux qui vous sont propres à promettre une cure radicale des rétrécissements que vous incisez; je vous demande aujourd'hui d'effacer aussi les mots *cure instantanée* que vous n'êtes pas en mesure d'effectuer du moment que, comme tous les chirurgiens, vous employez un temps plus ou moins long à reconnaître le rétrécissement qui réclame l'incision pour son traitement.

Je termine ici, messieurs, ce que j'avais à opposer aux objections faites aux critiques que j'ai adressées au mémoire de M. Maisonneuve; j'aurais pu les étendre, mais je préfère me borner, et m'en tenir à l'examen de ce travail. Je regarde l'urétrotomie comme une opération applicable à quelques cas exceptionnels de rétrécissement de l'urètre, et je n'ai du reste qu'une expérience personnelle très restreinte sur cette opération; je crois de plus qu'une discussion qui porterait sur les avantages et les inconvénients de cette nouvelle méthode de traitement serait prématurée et ne pourrait fournir aucuns résultats utiles à la pratique. Ces deux raisons m'engagent seules à laisser sans réponse les discours de MM. Robert et Vidal.

— M. Broca lit un long rapport sur un travail de M. le docteur Pauli (de Landau) ayant pour titre : *De la contagion et de l'hérédité de la syphilis.*

Ce rapport sera discuté dans la séance prochaine.

— M. Am. Forget présente une pièce provenant de la mâchoire inférieure. C'est la moitié de cet os qu'il a enlevée pour une exostose assez volumineuse. Une coupe montre que la maladie consiste dans une

tumeur interstitielle isolée de toute part et renfermée dans une serte de kyste ou de coque osseuse. Les molaires, chez ce malade, n'ont jamais paru au dehors de la portion correspondant à la tumeur; mais le centre de celle-ci présente, au contraire, plusieurs de ces organes irrégulièrement étagés. L'une des dents est renversée et l'émail est tourné en bas; la masse principale est formée, au reste, par une substance fort dure.

Est-ce là une exostose qui, développée dans le centre de l'os, a déjeté et refoulé les dents et chassé les bulbes? Est-ce une exostose de la racine même des dents? Dans l'incertitude, M. Forget demande l'avis de la Société.

M. Maisonneuve montre précisément une pièce de la même nature. Un jeune homme avait une tumeur du bord libre de la mâchoire du volume d'une petite noix et paraissant adhérer à l'une des molaires. M. Devillemur arracha à la fois la dent et la tumeur. Celle-ci est formée par un tissu très dense, d'apparence osseuse et très solidement adhérente à la dent. Le malade n'a éprouvé aucun accident. Ces tumeurs paraissent intimement liées à l'évolution des dents, et M. Maisonneuve les considère comme de véritables exostoses de la substance dentaire.

M. Houel ne partage pas cette manière de voir; il pense que les pièces qu'on vient de montrer diffèrent des vraies exostoses dentaires et doivent se rapprocher plutôt d'une espèce particulière de tumeurs osseuses extrêmement denses, dures et blanches comme de l'ivoire, et qui peuvent se développer dans l'intérieur de toutes les cavités osseuses de la face, même en l'absence de toute connexion avec les dents, comme dans le sinus frontal, par exemple (pièce du Val-de-Grâce), et l'intérieur du sinus maxillaire (pièce de M. Michon): les pièces récentes montreraient que la même lésion peut prendre origine jusque dans le canal dentaire. Ces tumeurs peuvent être primitivement fibreuses et s'ossifier ensuite en totalité ou en partie. Il remarque d'ailleurs que la fusion entre la dent et la tumeur n'est pas dans la pièce de M. Maisonneuve aussi marquée qu'on pourrait le croire au premier abord: il n'y a qu'un accolement très intime.

M. Maisonneuve montre des granulations intra-utérines qu'il a extraites récemment. La malade qui les a fournies en porte sur toute la muqueuse du col et du corps. Depuis sept ans elles ont été maintes fois déjà raclées, brûlées, extirpées; elles récidivent sans cesse. Cependant la santé générale n'est nullement altérée, ce qui, joint à l'examen fait par M. Maisonneuve, lui fait supposer qu'elles ne sont pas de nature cancéreuse.

M. Deguise fils a enlevé , il y a quelque temps, une très grande quantité de ces productions de l'utérus d'une femme ; elles avaient le même aspect extérieur que les précédentes, et M. Follin , qui les a examinées, y a reconnu les éléments du cancer.

M. Michon demande que les malades dont il est question soient suivies autant que possible , afin qu'on sache la marche ultérieure et l'issue de la maladie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Ar. Verneuil.

Séance du 18 juillet 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Forget montre le malade auquel il a enlevé la moitié de la mâchoire inférieure; il donne à ce propos quelques détails sur le procédé qu'il a mis en usage et qui a consisté en une seule incision le long de la base de l'os, s'étendant de 3 centimètres au-dessus de l'angle maxillaire jusqu'au niveau du menton. Le lambeau formé par la joue et la lèvre inférieure a pu être disséqué et relevé sans qu'il fût besoin de pratiquer aucune incision sur la face. Ce procédé a l'avantage de ne laisser aucune difformité et de ménager les nerfs et les vaisseaux, dont la lésion a plusieurs fois produit, à la suite de cette opération, la paralysie faciale.

Aujourd'hui le jeune homme opéré par M. Forget broie facilement les aliments solides, bien qu'un certain défaut de parallélisme se fasse remarquer entre les deux arcades dentaires.

— M. le président invite M. Cazeaux à prendre place parmi les membres titulaires.

— M. Marjolin communique une lettre de M. le docteur Mercier. Ce praticien réclame la priorité pour les idées que l'on a attribuées à M. Reybard. Il joint à sa réclamation un exemplaire d'un mémoire historique sur les maladies des voies urinaires. La Société, d'après l'avis de quelques membres , décide d'accuser réception du mémoire et de passer à l'ordre du jour sur la réclamation.

— Une lettre a été également adressée par M. Guillon; elle sera lue en comité secret.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit., par M. Vidal (de Cassis);

2° *Bulletin de thérapeutique*, tome XLVIII, par M. Debout;

3° *Mémoire historique sur divers points de la pathologie urinaire*, par M. Aug. Mercier.

Discussion sur le rapport de M. Broca. — M. VIDAL prend la parole :

Je voulais m'abstenir de parler dans cette discussion, mais, messieurs, le silence n'est pas toujours facile, il n'est pas toujours digne.

Un médecin, un confrère est poursuivi par la haine aveugle des familles. Ses intérêts sont compromis ; la liberté va lui être ravie : sa cause est celle de notre profession, qui se trouve menacée dans son indépendance.

M. Pauli prend la défense du confrère malheureux et de la profession malheureuse. M. Broca nous traduit librement M. Pauli ; à sa prose, il ajoute de l'éloquence, du sentiment, choses qui me sont très sympathiques et que j'applaudis de tout cœur. Je me serais donc borné à mon humble approbation, si M. Pauli s'était contenté de discuter les faits pour les atténuer, les réduire même à l'état de fables inventées par des parents que le malheur rend injustes. Mais à l'appréciation des faits, chose déjà assez difficile, M. Pauli a joint une question de doctrine ; en défendant un confrère, il a attaqué un dogme en syphiliographie.

M. Pauli proclame comme universellement admise la *non-transmissibilité des accidents secondaires*. Ce n'est donc plus seulement une question professionnelle qui vous est soumise, mais encore une question de science. Il serait singulier qu'on la négligeât tout à fait dans une réunion scientifique.

Je ne me propose pas de rouvrir une de ces discussions passionnées dont quelques Académies gardent encore le souvenir. Je pense même qu'il vaut mieux réserver les forces et le temps de la Société pour un prochain débat qui aura l'avantage d'offrir au moins du nouveau ; je ne répéterai donc pas les pages que j'ai écrites dans le livre dont j'ai fait hommage à la Société aujourd'hui même. Mais je dirai à M. Pauli qu'il a choisi un mauvais moment pour nier d'une manière absolue la transmissibilité des accidents syphilitiques dits secondaires.

De quoi s'agit-il en effet? D'un enfant issu d'une mère ayant eu la syphilis ; il porte des pustules auxquelles on puise pour inoculer douze

autres enfants dont huit offrent, après l'inoculation, des accidents syphilitiques qu'ils communiquent à neuf grandes personnes en rapport avec eux pour leur donner des soins. Ces personnes voient naître d'abord des accidents sur les points du corps qui touchaient les enfants ; puis à l'anus, aux parties génitales. Je ne connais ces faits que par des analyses de M. Pauli et de M. Broca, qui certainement n'ont pas voulu les présenter d'une manière défavorable à leur client ; cependant il y a dans leur nombre, dans leur ensemble quelque chose que je ne voudrais pas voir comme confrère du praticien qui a comparu devant le tribunal de Bamberg, mais qui n'échappera pas aux regards de la science.

Je le répète, M. Pauli devait se borner à une sévère appréciation des faits. Il a eu tort et a nui à son client en voulant trop prouver.

M. Broca n'a pas pu et n'a pas voulu nier d'une manière absolue la transmissibilité des accidents secondaires ; mais, selon notre collègue, les faits qui la prouvaient et les syphiliographes qui la soutenaient étaient très rares. Je ne dirai rien aujourd'hui sur les faits. Il en existe ; c'est suffisant au point de vue doctrinal. Quant à leur nombre, je puis avancer qu'il augmente tous les jours, et que sous peu on en connaîtra de nouveaux et de très importants.

M. Broca a voulu compter les noms des partisans de la contagion des accidents secondaires, et il n'en a trouvé que deux dans la Société de chirurgie.

Je ne sais si M. Broca a fait une enquête tout à fait complète. D'ailleurs, tous ceux qui ont une opinion en syphiliographie n'ont pas l'honneur d'appartenir à votre Société ; ce n'est pas une raison pour les passer sous silence. Voici un dénombrement qui me paraît avoir une grande valeur. Il n'est pas fait pour la circonstance.

Il est dans la traduction de mon livre par M. Blackman. Ne connaissant pas l'anglais, j'eus recours à l'obligeance de M. Giraldès ; voici un feuillet de sa traduction ; il contient vingt-huit noms des plus marquants qui sont favorables à la contagion des accidents secondaires.

M. Blackman dit en propres termes, dans une note :

« Comme fréquemment cette question se présente en médecine légale, je crois rendre service aux jeunes praticiens en faisant connaître les autorités anglaises et américaines qui professent cette doctrine. Ce sont :

Sir Astley Cooper, *Leçons de chirurgie*, par Tyvrel, ed. americ., p. 297.

Liston, *Eléments de chirurgie*, par Gross, p. 205.

Colles, *Maladies vénériennes*, p. 263.

Wallace, *Maladies vénériennes*, p. 335.

Hey, *Medico-Surg. Transactions*, vol. VII, 1830, p. 541.

Jesse Toot, *Maladies vénériennes*, p. 402.

Herbert-Mayo, *De la Syphilis*, p. 122-123.

Sir Benj. Brodie, Leçons, *Lancette*, 1844, p. 177.

Babington, *Notes à Hunter*, ed. americ., p. 321.

Lawrence, Leçons de chirurg., *London medical Gazette*, 1830, p. 806-807.

Porter, Leçons sur la syphilis, *Dublin med. Press*, 1847, p. 99.

Whitehead, *Illustrations de la syphilis transmise.*

Samuel Lane, Leçons sur la syphilis, *Lancette*, 1842, p. 294.

Bacot, *De la syphilis*, p. 252.

Carmicaël, *Leçons cliniques sur les maladies vénériennes*, p. 51.

Langton Parker, *Traitement moderne de la vérole*, p. 169.

Egan, *Maladies syphilitiques*, p. 293-294.

Erasme Wilson, *De la syphilis*, p. 36.

Georg Mac Lellan, *Principe et pratique de la chirurgie*, p. 250-251.

Neligan, *Dublin Journal*, 1853, p. 119.

Campbell, *North journal de medecine*, 1844.

Cormack, *Monthly Journal*, 1844, p. 773.

Evanson et Maunsell, *Maladies des enfants*, ed. americ., p. 350.

James Stewart, *Maladies des enfants*, p. 468.

John Watson, *Journ. de méd. des Etats-Unis*, vol. II, p. 103.

Bulkley, Syphilis des enfants, *Journ. de méd. de New-York*, 1840.

« Dans un voyage que j'ai fait à Dublin, ajoute le traducteur, MM. Cusack, Adams, Fleming et Wilmot m'assurèrent qu'ils adoptaient cette manière de voir. »

En Allemagne, les adhésions seraient encore plus nombreuses.

Revenons d'ailleurs en France, mais sortons de cette enceinte, et nous verrons l'Académie de médecine et l'Institut pencher pour la contagion. Lisez les livres importants de MM. Putegnat et Diday. Ouvrez les meilleurs livres classiques, ceux qui se partagent la faveur publique, et vous y verrez écrit en toutes lettres le nouveau dogme.

Valleix, cet excellent esprit que nous venons de perdre, dit dans le tome III de son ouvrage :

« La transmission, par conséquent, des accidents secondaires, n'a » plus paru douteuse dans un certain nombre de cas, et ce fait, que la » transmissibilité de la syphilis *par hérédité* rendait déjà infiniment

» probable, est définitivement adopté par la très grande majorité des » médecins. M. Vidal (de Cassis), qui l'avait démontré expérimentale- » ment, l'a parfaitement établi en rassemblant tous les documents au- » thentiques dans son ouvrage sur la syphilis. »

M. Grisolle a écrit dans son ouvrage : « Cependant nous verrons » plus tard que la contagion des pustules plates est un fait aujourd'hui » parfaitement établi. Rappelons aussi que M. Vidal a cité, dans son » livre, des observations recueillies par lui-même et par d'autres mé- » decins, notamment par MM. Cazenave, Richet, Bouley, où du pus » fourni par des symptômes secondaires a reproduit des accidents carac- » téristiques. Ainsi donc, la vérole constitutionnelle est inoculable, » mais elle l'est à un degré infiniment moindre que les accidents pri- » mitifs. » (T. II, p. 142.)

Je m'arrête, car je ne dois pas discuter.

M. Pauli prétendait que personne n'admettait la transmissibilité des accidents secondaires. J'ai voulu prouver que M. Pauli se trompait sur l'état de la science, qu'il ignorait ses progrès; voilà tout.

Reste une question bien grande, mais très obscure, que soulève ce déplorable procès : la question de savoir si, contrairement à l'opinion de Hunter, deux actions morbides peuvent se produire dans la même partie; si deux éléments, deux virus peuvent exister ensemble sur le même point; si dans la même pustule on peut trouver un élément de conservation et un principe de destruction; si enfin on peut, avec le même pus, préserver de la petite et donner la grande vérole. Je n'ose aborder aujourd'hui cette question. Je laisse cette tâche difficile à de plus habiles.

M. Cullerier ne veut pas reprendre la question de la contagion des accidents secondaires, mais dire ce qu'il pense de l'indépendance des deux virus de la vaccine et de la syphilis. On reçoit à Lourcine un grand nombre d'enfants non vaccinés; on les inocule avec du vaccin de sujets non syphilitiques. Or, ces enfants, qui viennent de mères infectées, ont quelquefois des accidents au moment où on les vaccine, quelquefois en présentent plus tard. Jamais la vaccination n'a paru modifiée en aucune façon par la diathèse syphilitique. Celle-ci ne paraît pas davantage subir l'influence du vaccin. Il se rappelle avoir vacciné un petit enfant couvert d'ecthyma syphilitique à ce point qu'à peine si l'on trouvait sur les bras assez de place pour faire les piqûres sur la peau saine; néanmoins les pustules se développèrent avec une régularité parfaite, et suivirent toutes leurs phases naturelles. L'ecthyma n'en éprouva pas la moindre modification.

M. Cullerier a pris également du vaccin chez des enfants syphilitiques; il s'en est servi sans scrupule pour inoculer d'autres enfants, pour vacciner et revacciner des adultes, jamais il n'a constaté rien de fâcheux, et il n'existe aucun doute dans son esprit sur l'indépendance absolue des deux virus. Il n'a jamais cru devoir essayer les effets d'un mélange de pus chancreux et de pus vaccinal. Cette tentative lui aurait paru dépasser l'expérimentation permise.

M. Robert pense que M. Vidal a déplacé la question, qui, dans le rapport de M. Broca, ne porte pas sur la contagion de la syphilis secondaire. Mais, du reste, M. Robert a des raisons pour croire à cette contagion. Quoiqu'il n'ait pas pris la parole dans la discussion de l'Académie, il a observé, à Lourcine et ailleurs, des faits qui ne laissent pas de doute dans son esprit. M. Vidal peut donc sans crainte l'ajouter à son dénombrement comme convaincu de la contagion des accidents secondaires. Il fut surtout frappé par l'observation d'une femme de soixante-dix ans, qui avait été atteinte d'accidents secondaires à la bouche, communiqués par le biberon d'un nourrisson infecté de syphilis.

Il a vu plusieurs fois aussi de jeunes enfants couchant avec leurs parents gagner de ceux-ci des accidents secondaires, tels que plaques muqueuses, syphilides, etc., etc.

M. Ricord n'a pu lire qu'une partie du rapport de M. Broca. Il y voit deux points distincts : la contagion de la syphilis secondaire et la syphilis donnée par le vaccin. Il a déjà assez discuté autrefois le premier pour ne plus y revenir; c'est sur le second seulement qu'il veut s'étendre aujourd'hui.

Or, il affirme de la manière la plus formelle qu'après avoir observé rigoureusement, et depuis vingt-cinq ans, des femmes syphilitiques, des nourrices, des enfants, en ville, à l'hôpital, jamais il n'a vu un seul cas où l'on puisse *même présumer* que la syphilis ait été donnée par la vaccination. Sa conviction est absolue sur ce point; elle s'appuie sur une longue expérience, sur des essais multipliés, et enfin l'histoire entière de l'art est encore là pour l'appuyer.

M. Ricord a, comme M. Cullerier, vacciné des enfants sains avec du vaccin d'enfants syphilitiques, et réciproquement; il s'est mis dans toutes les conditions imaginables; il est arrivé aux mêmes résultats que son collègue, c'est-à-dire que chaque virus a suivi son évolution normale sans paraître influencé par l'autre. Rien n'autorise à croire que, si les virus vaccin et syphilitique coexistent ensemble chez le même individu, le pus pris dans la pustule vaccinale puisse être entaché de

syphilis et la produire plus tard; tous les faits plaident, au contraire, contre cette hypothèse, et démontrent que la *vraie* pustule de vaccin ne renferme jamais à la fois et son virus propre et le virus syphilitique.

D'ailleurs, on le sait bien, la variole n'empêche nullement la syphilis, ni réciproquement. Bien des fois, gardant longtemps dans son service des malades vérolés, M. Ricord a vu sévir sur eux la variole, et à toutes les époques et à toutes les phases de la syphilis. Cette variole n'a été nullement modifiée, la syphilis non plus. Toutefois, l'état des malades était parfois aggravé par la variole quand celle-ci atteignait des sujets déjà débiles et plus ou moins cachectiques; mais on comprend bien pourquoi, sans qu'il soit permis pour cela d'admettre une combinaison quelconque entre les deux principes virulents.

Mais, comme le disait déjà l'orateur, l'histoire de l'art tout entière vient appuyer ici les résultats de l'expérience et de l'expérimentation. Il n'existe pas dans la science une seule observation à l'appui de l'hypothèse en question qui ne soit discutable et qui résiste à l'argumentation. Jamais on n'a vu d'une manière authentique la syphilis sortir immédiatement de l'inoculation vaccinale. On vaccine les enfants; on les perd de vue; plus tard ils reviennent avec des accidents syphilitiques; on conclut trop vite que la vaccination a été la cause de l'invasion vérolique. C'est à tort, car on n'a pas suivi les sujets, et l'on ne sait pas toujours si pendant le temps qui sépare la vaccination des manifestations de la syphilis celle-ci n'a pas pu s'introduire à la manière accoutumée. Maintenant, les points où le vaccin a été inséré peuvent-ils plus tard devenir le siége d'accidents syphilitiques? Cela est possible. Peut-être ces derniers peuvent-ils sévir là aussi bien qu'ailleurs; peut-être même la peau, qui porte déjà une cicatrice, qui a subi un travail morbide antécédent, est-elle plus apte à être envahie par les lésions syphilitiques. Cela pourrait être, et donnerait le change sur la combinaison et la relation des deux virus. Mais il ne s'agit là que d'hypothèses.

En examinant scrupuleusement les cas douteux, il est presque toujours possible de retrouver les traces de la voie d'entrée de la syphilis, et il est convenu qu'elle n'est jamais spontanée, ce qui est assez heureux. Toutefois il faut reconnaître qu'il existe encore aujourd'hui des faits très bizarres, très exceptionnels, très embarrassants, qui échappent encore à l'explication. Il y a dix à douze ans qu'une histoire de cette espèce a été offerte à son observation. Une douzaine d'enfants juifs avaient été circoncis en même temps, et furent tous atteints d'accidents à la verge consistant en des ulcérations à base dure ayant tous

les caractères du chancre primitif; la région inguinale était le siége de l'adénopathie multiple. Quelques-uns eurent des bubons suppurés, dont certains devinrent phagédéniques. D'autres eurent du rupia, de l'ecthyma. Beaucoup de ces enfants moururent, et c'est avec grande peine qu'on sauva les autres.

La circoncision avait été faite par un nommé Galantus; elle avait été pratiquée complétement et conformément aux principes bibliques, c'est-à-dire que la succion avait été associée à la section du prépuce. M. Ricord soumit l'opérateur à une investigation complète : il l'examina des pieds à la tête, et passa une revue générale de tous les orifices, de toutes les muqueuses; il ne trouva absolument rien, aucune trace actuelle ou passée de syphilis. De plus encore, on prit tous les instruments : ciseaux, pinces, bistouris; on les essaya à l'hôpital : ils ne portaient aucun virus. Les parents furent interrogés à leur tour; tous les renseignements furent négatifs, et jamais on ne put découvrir l'origine de cette fatale épidémie.

Or, des épidémies de ce genre pourraient à la rigueur sévir dans un village et coïncider avec une série de vaccinations sans que pour cela le vaccin pût être accusé d'une manière probante. La vaccine a déjà assez d'ennemis, on lui reproche bien assez de méfaits pour qu'on ne lui impute pas encore de communiquer la vérole.

D'ailleurs il n'est pas certain que les accidents qu'on a observés sur les enfants de la campagne aient été réellement syphilitiques; il y a encore quelques doutes sur ce point. Il est possible encore que s'ils étaient vraiment syphilitiques, un des enfants les ait communiqués directement à quelques-uns des autres. Ce qui a fait naître le soupçon dans le cas de M. Hübner, c'est que quelques piqûres ont pris l'aspect d'ulcérations de mauvaise nature et l'apparence phagédénique; mais ceci n'est pas une preuve de la nature spécifique du mal.

Le phagédénisme n'est pas l'attribut de la syphilis toute seule; cette manifestation peut survenir dans bien d'autres circonstances, sous l'influence d'une mauvaise hygiène et d'un état général grave. Des piqûres vaccinales pourraient donc devenir phagédéniques sans pour cela être entachées du virus syphilitique. Ce phagédénisme lui-même doit-il nécessairement rester local; ne peut-il pas se généraliser et amener des accidents dans des points autres que celui où l'inoculation a été faite? La généralisation de cet accident n'a rien d'inadmissible. Ne voit-on pas tous les jours et dans toutes les cachexies le corps se couvrir d'ecthyma, d'impétigo, en un mot d'accidents analogues à ceux de la syphilis secondaire, sans être pourtant issus d'elle? Il est donc ra-

tionnel, en théorie, d'admettre que la vaccination peut, dans certaines circonstances encore mal déterminées, se compliquer de phagédénisme local, susceptible lui-même de se généraliser et d'étendre au loin ses ravages.

Quant au second point, relatif à la contagion des accidents secondaires, il est tout disposé à concéder à M. Vidal qu'en effet un certain nombre de personnes croient à cette contagion; que par conséquent M. Pauli a eu tort de croire que tout le monde était d'accord sur ce point. Mais s'il connaît les dissidents, et M. Vidal est du nombre, M. Ricord n'en persiste pas moins dans ses convictions entières et absolues.

M. Cullerier. M. Ricord regarde comme possible que des cicatrices de vaccin soient prédisposées à être envahies par la syphilis; or cette possibilité est fort douteuse. Lorsqu'il a vacciné l'enfant dont il parlait, et qui était alors couvert d'ecthyma syphilitique, les piqûres n'ont eu nulle tendance à prendre l'aspect des pustules ecthymateuses : elles ont eu les caractères les plus tranchés du vrai vaccin. En prenant du pus dans les pustules d'ecthyma, M. Cullerier put reproduire, il est vrai, des pustules semblables. Mais la contre-épreuve était nécessaire. Il piqua donc avec une lancette toute neuve plusieurs points de la peau, et y vit naître des pustules d'ecthyma. Celles-ci par conséquent étaient nées sous l'influence d'une piqûre simple, ce qui indique la disposition extrême du sujet à fournir du pus.

Quant à cette singulière histoire de chancres développés chez un grand nombre d'enfants à la suite de la circoncision, M. Cullerier rappelle que dans un cas semblable observé par son père, on constata l'existence d'un chancre dans la bouche de l'opérateur, qui l'avait inoculé à l'enfant en faisant la succion après la circoncision. Ce fait a été anciennement publié.

M. Ricord avait connaissance de cette particularité quand il a observé les cas relatés plus haut; et, mis en garde contre cette cause d'erreur, il a examiné avec tout le soin désirable la bouche du prêtre. Il n'y avait rien à invoquer de ce côté. C'est du reste dans la prévision d'inoculation par cette voie qu'il est arrivé à faire modifier par le Consistoire le procédé prescrit par la loi de Moïse, fusionnant le judaïsme et le rendant plus chrétien, il a obtenu que désormais la succion serait abolie. Cette manœuvre était inutile, et digne tout au plus de la chirurgie des premiers âges.

M. Broca. La mémoire ordinairement si précise de M. Vidal l'a servi aujourd'hui moins bien que d'habitude. S'il s'était mieux souvenu

des termes de mon rapport, il est probable qu'il n'aurait pas pris la plume ou qu'il se serait du moins exprimé autrement qu'il ne l'a fait. Je ne me plains pas de cette légère méprise à laquelle nous avons dû un discours fort spirituel, mais je ne puis me dispenser de rétablir les choses dans leur réalité.

M. Vidal nous accuse, M. Pauli et moi, d'avoir donné à entendre que la contagion des accidents secondaires n'avait plus de partisans sérieux. C'est contre cette prétention qu'il a voulu protester, et il aurait eu raison de le faire si nous avions dit rien de pareil. M. Pauli, il est vrai, nie résolûment la contagiosité des accidents secondaires; cette négation est pour lui un *axiome inébranlable* qui doit servir de base, suivant lui, à toute la doctrine de la syphilis. Il ne dit pas autre chose, et il ne nie nullement l'existence de ceux qui, comme M. Vidal, n'admettent pas cet axiome. Quant à moi, j'ai dit expressément que j'étais très loin de prendre la responsabilité de cette assertion de M. Pauli. J'ai ajouté que la question était vivement débattue, qu'elle divisait les syphiliographes en deux camps, qu'il y avait dans les deux partis des hommes *également recommandables*, *également dignes de foi*, et que celui qui se *bornerait à compter les voix arriverait à un doute infranchissable.* Je ne crois pas que M. Vidal lui-même eût pu s'exprimer autrement, à moins de nier l'existence de M. Ricord et de ceux qui, comme lui, ne croient pas à la contagion des accidents secondaires. M. Vidal était si peu autorisé à me mettre en cause en même temps que M. Pauli, que sur cette question controversée je me suis séparé de M. Ricord, dout j'ai pourtant été l'élève. J'ai dit et je répète que je n'ai jamais vu réussir l'inoculation des accidents secondaires avec la lancette; mais je n'ai pas nié que d'autres observateurs n'eussent été plus heureux que moi. J'ai surtout établi une distinction capitale entre l'inoculation qui se fait avec la lancette et celle qui s'effectue par le contact des produits de sécrétion sur de larges surfaces. Je crois pour ma part à cette inoculation ou si on veut à cette contagion par les surfaces, et si je n'y ai pas insisté dans mon rapport, si je me suis contenté de l'indiquer en quelques lignes, c'est parce que je n'avais pas mission de traiter la vaste question de la contagiosité des accidents secondaires, et que j'avais à m'occuper seulement de la prétendue inoculation vaccino-syphilitique qui ne peut se faire que par la lancette. C'est sur ce point que j'ai voulu concentrer le débat. Maintenant M. Vidal cherche à rendre la discussion plus générale; je n'ai pas l'intention de m'y opposer. Si nos collègues le suivent sur ce terrain, je pourrai faire connaître à la Société des résultats récemment obtenus en

Allemagne et qui ne sont peut-être pas sans intérêt. Mais j'ai évité à dessein d'en parler dans mon rapport, parce que cela eût détourné l'attention de la Société de la grave question que nos collègues MM. Pauli et Heyfelder nous ont priés de discuter.

M. Vidal n'a pas voulu davantage ranimer la discussion générale, le temps n'est pas encore venu pour cela ; il a seulement protesté contre l'assertion de M. Pauli, qui regarde la non-contagion des accidents secondaires comme incontestable et incontestée. Il a relevé ce point dans le rapport de M. Broca ; or les dissidents sont au contraire fort nombreux, et M. Broca doit être rangé parmi eux. Il n'est donc pas permis de dire que l'opinion est unanime aujourd'hui.

M. Ricord. M. Broca n'est pas un des adhérents à la doctrine de M. Vidal ; il est de ceux qui n'ont rien vu encore de parfaitement démontré et qui par conséquent veulent voir encore avant de se décider. Or, si l'on fait une énumération des partisans des deux opinions, il ne faut pas tous les compter au même titre ; il faut distinguer ceux qui ont cherché par eux-mêmes, qui ont expérimenté eux-mêmes, qui ont une opinion propre et motivée, et ceux qui ne jugent que sur les renseignements d'autrui et parce que tel fait, telle opinion leur paraissent plus probables que tels autres.

Malgré l'estime et l'amitié qu'il a pour M. Grisolle, malgré la confiance qu'il professe pour les opinions du confrère que tout le monde regrette, de M. Valleix, M. Ricord n'hésite pas à ranger ces auteurs dans la seconde catégorie, parmi les compilateurs qui, faisant des ouvrages didactiques, sont obligés de toucher à toutes les questions et d'en résoudre la plus grande partie sans avoir par eux-mêmes pu acquérir d'expérience personnelle.

Quant aux faits cités par M. Robert, on sait très bien qu'il n'y a pas d'âge qui ferme la porte à la syphilis, et que la malade, malgré ses soixante-dix ans, pouvait bien l'avoir contractée tout autrement que par un biberon ; et les enfants atteints d'accidents secondaires parce qu'ils avaient couché avec leurs parents avaient bien pu prendre de ces parents eux-mêmes les accidents primitifs. Ces documents ne sont donc pas probants.

M. Larrey, à propos des faits d'inoculation à la suite de la circoncision cités par MM. Cullerier et Ricord, rappelle qu'en Turquie et en Algérie on a recours encore à la succion, et que la communication des chancres par cette voie pourrait encore s'observer dans ces contrées.

M. Robert proteste contre la fin de non-recevoir invoquée par M. Ricord contre ses observations ; il ne suffit pas pour détruire la va-

leur d'un fait de dire toujours que l'on peut contracter la syphilis à tous les âges. Ce n'est point là un argument sérieux ou du moins toujours acceptable; il faut tenir compte aussi des autres conditions. Or la femme de soixante-dix ans qu'il a citée vint un jour à sa consultation avec sa fille âgée de quarante ans; la première donnait le biberon à l'enfant, la seconde l'allaitait; toutes deux étaient couvertes d'ecthyma, la jeune femme avait des ulcérations au mamelon; la plus âgée en portait à la bouche, car souvent elle prenait elle-même le biberon entre ses lèvres avant de le donner à l'enfant. Celui-ci venait de Paris; il avait à sa naissance des plaques aux membres inférieurs, probablement du pemphigus; il était au reste et avait toujours été fort chétif; il succomba bientôt.

M. Robert fit tous ses efforts pour s'assurer de la véracité du récit et de la moralité des femmes; après cette enquête, il ne lui resta pas le moindre doute. La syphilis venait bien du nourrisson.

Ce sont des faits dont il faut tenir compte et qu'il ne faut ni nier obstinément ni expliquer toujours quand même par des raisonnements spécieux.

M. Vidal justifie MM. Grisolle et Valleix du reproche de compilateurs qui leur a été adressé par M. Ricord : ce sont des esprits sérieux, qui ne se décident pas à la légère et sans preuves; ils n'adoptent pas aveuglément toute une doctrine, et cela est tellement vrai que, d'accord avec M. Vidal sur ce point, M. Valleix est en dissidence avec lui sur la blennorrhagie.

D'ailleurs il en est d'autres qui ont expérimenté aussi et qui ne sauraient être rangés parmi les compilateurs, M. Diday entre autres.

M. Ricord répond quelques mots à M. Robert. Jamais il n'a voulu attaquer la valeur scientifique de MM. Valleix et Grisolle; il persiste cependant à dire qu'ils ont surtout jugé par sentiment. Quant aux opinions de M. Diday, M. Ricord s'abstient de les commenter dans ce moment.

— M. Gerdy prévient la Société qu'il a en ce moment dans son service un malade soumis à l'opération de la cure radicale pour une hernie; il en donne avis à ceux qui voudront suivre les phases de cette opération.

— M. Deguise fils montre une pièce d'anatomie pathologique fort curieuse et lit l'observation suivante :

Fracture de côte opérée par le manche d'une pelle à feu introduit par l'œsophage. — Il s'agit d'un homme de trente-

huit ans, qui, après s'être déjà livré à plusieurs tentatives de suicide, fut amené il y a dix jours à la Maison de Charenton. Le matin même de son entrée, armé d'un couteau de cuisine, il s'était frappé à la région du cœur et s'était fait une plaie de 2 centimètres environ, dirigée de gauche à droite et paraissant avoir seulement intéressé les téguments. Effectivement, aucun phénomène appréciable ne se développa, soit vers le cœur, soit vers les poumons. Cette plaie semblait devoir se comporter comme une solution de continuité des plus simples. Néanmoins, l'autopsie démontra plus tard que les cartilages des cinquième et sixième côtes gauches avaient été intéressés, en même temps qu'il existait sous le sternum une large infiltration de sang.

Le troisième jour de son entrée à Charenton, cet aliéné, quoique soumis à la plus grande surveillance, profite de l'absence momentanée de son gardien (trois ou quatre minutes au plus), se lève, s'empare d'une petite pelle à feu qu'il découvre sous un poêle et s'en fait un instrument de mort.

Lorsque l'infirmier rentra, ce malheureux était assis sur le parquet et tenait à deux mains l'extrémité aplatie de la pelle qu'il avait eu la singulière précaution d'entourer d'un mouchoir, tandis qu'avec la tige, entièrement disparue par la gorge, il se labourait les tissus avec une sorte de rage.

Ce ne fut pas sans difficulté, sans une sorte de lutte que l'infirmier parvint à s'emparer de la pelle. Il affirme, du reste, que, celle-ci une fois saisie, il a pu la retirer sans difficulté. Quelques secondes après, le pauvre fou avait cessé de vivre. Avec le dernier soupir, il rendit quelques gorgées de sang rouge et écumeux.

La pelle, que j'ai cru devoir apporter à la Société de chirurgie, a 44 centimètres de longueur, 34 pour la tige, 10 pour la portion aplatie. La tige ne se termine pas par un bouton, mais par une extrémité recourbée en forme d'S dont l'ouverture mesure 4 centimètres.

A l'autopsie, j'ai constaté les désordres suivants :

L'œsophage est entièrement déchiré un peu au-dessous du pharynx, puis dans toute l'étendue du col; il n'a plus conservé ses rapports habituels avec la colonne vertébrale. En effet, le tissu cellulaire qui unit sa paroi postérieure aux vertèbres est lacéré de tous côtés. Ainsi donc, la pelle, après avoir rompu l'œsophage, a cheminé entre ce tube et la colonne vertébrale sans toucher aux gros vaisseaux du cou, puis est venue pénétrer dans la plèvre droite en passant au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire du même côté. Deux litres environ de sang remplissaient la plèvre droite. Lorsque ce sang fut

évacué, je fus assez surpris de ne rencontrer aucune déchirure du poumon; mais je fus bien plus surpris encore en constatant une fracture de la quatrième côte au niveau de son articulation vertébrale. La plèvre costale décollée dans une étendue de 10 centimètres, les muscles intercostaux labourés, leurs nerfs et leurs vaisseaux lacérés: tel était l'effroyable désordre qu'avait occasionné la pelle à feu que j'ai mise sous les yeux de la Société.

— M. Blot montre la tête d'un enfant atteint d'encéphalocèle de la région frontale, qui a déjà été mis de son vivant sous les yeux de la Société.

— La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée de poser les questions de prix pour les années 1857 et 1858.

Prix de la Société de chirurgie pour l'année 1856. — La Société rappelle qu'elle a mis au concours pour l'année 1856 la question suivante:

Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs.

Le prix est de 400 francs. Les mémoires devront être rédigés en français ou en latin, et adressés, suivant les formes académiques, au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 mai 1856.

Prix de la Société pour l'année 1857. — *Des plaies des os.* — (Les candidats n'auront pas à parler des fractures. Ils sont invités à s'occuper principalement des solutions de continuité produites sur le squelette par l'action de la scie; néanmoins la Société accueillera avec intérêt les recherches qu'ils pourront faire sur les lésions des os par des instruments piquants ou tranchants.)

Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1857.

Prix de la Société pour 1858. — *Des paralysies traumatiques.* — Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1858.

Prix Duval. — La Société de chirurgie, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 fr., en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse en chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Sont admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires et dans ceux de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier 1855 jusqu'au 31 décembre de la même année seront seules admises au concours pour le prix de 1856.

Les candidats devront adresser *franco* deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 janvier 1856, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux où ils ont fait leurs études.

Le secrétaire de la Société : Aristide VERNEUIL.

Séance du 25 *juillet* 1855.

Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

M. MONOD, n'ayant eu que ce jour même connaissance de la rectification que M. Maisonneuve avait cru devoir faire annexer au procès-verbal de la séance précédente, rétablit les faits tels qu'ils se sont passés.

— M. VERNEUIL communique au nom de M. le docteur Letorsay, ancien élève de l'hôpital du Midi, médecin à Illiers (Eure-et-Loir), l'observation suivante :

Transmission d'accidents syphilitiques secondaires d'un enfant nouveau-né à la nourrice. — Alexandrine Baudon, trente et un ans, mariée depuis huit années, tempérament nerveux, faible constitution, atteinte à trois reprises différentes d'affections aiguës de la poitrine, accoucha vers la fin d'avril 1850.

Au mois d'août de la même année, elle vint à Paris chercher un nourrisson. Il était né depuis deux jours de parents peu aisés du 11e arrondissement et d'apparence fort chétive. La nourrice remarqua une rougeur assez prononcée de toute la surface du corps, et sur les bras seulement quelques croûtes, qui disparurent au bout de cinq semaines. Elle vit apparaître ensuite et successivement une ophthalmie légère, puis des bulles et des pustules aux parties génitales, au pourtour de la bouche et du nez.

L'état de l'enfant s'aggravant de jour en jour, M. Letorsay fut con-

sulté dans le mois de décembre, et constata une affection syphilitique des mieux caractérisées et parvenue à un degré tel que la guérison ne pouvait être espérée. La mort survint, en effet, dans les premiers jours du mois de janvier.

La nourrice manifesta la crainte d'avoir contracté quelque mal par l'allaitement : le sein droit présentait près du mamelon et à la partie inférieure de celui-ci deux pustules, dont l'une était déjà ulcérée ; il y avait un léger engorgement des ganglions de l'aisselle. M. Letorsay, ne croyant pas à cette époque que la syphilis pût se transmettre de l'enfant à la nourrice lorsqu'il n'existait aucun accident primitif, se contenta de toucher les deux pustules avec le nitrate d'argent et de faire un pansement avec l'onguent napolitain ; il ne prescrivit aucun traitement général, et les accideuts locaux disparurent promptement. Cependant des symptômes consécutifs ne tardèrent pas à se manifester; il y eut d'abord de l'angine, puis une éruption sur le ventre et aux parties génitales; il y avait en même temps des démangeaisons à toute la surface du corps et un peu de fièvre.

Ce ne fut qu'au milieu d'avril 1851, c'est-à-dire quatre mois après la cautérisation des pustules du sein, que la malade consulta de nouveau ; elle était dans l'état suivant : vive inflammation du pharynx, des amygdales, du voile du palais et de ses piliers, accompagnée d'ulcérations superficielles nombreuses; la base de la langue y participait; elle était tuméfiée à ce point que la déglutition était devenue excessivement difficile, et présentait une large ulcération circulaire du diamètre d'une pièce de 2 francs. Les ganglions postérieurs du cou étaient tuméfiés, douloureux; ceux de la base de la mâchoire étaient sains ; il n'y avait pas de croûtes du cuir chevelu.

Pustules nombreuses sur l'abdomen, plaques muqueuses aux organes génitaux, douleurs dans les membres, surtout pendant la nuit, anorexie, peu de sommeil.

Deux pilules de Dupuytren par jour, bains sulfureux; plus tard, iodure de potassium, 1 gramme par jour.

Le traitement fut interrompu plusieurs fois, et ce ne fut qu'au bout de dix mois que tous les symptômes de la maladie disparurent.

Alexandrine allaitait en même temps que son nourrisson son propre enfant, qui avait été nourri seul pendant quatre mois et qui s'était bien développé. Il y avait déjà plusieurs mois que le nourrisson était mort et quelque temps que la mère était en traitement lorsque la santé de l'enfant se dérangea à son tour. On constata aussitôt une roséole très manifeste avec un peu de fièvre; puis vinrent des bulles et des pustules,

surtout à la verge et aux extrémités inférieures. Malgré le traitement auquel la mère était soumise, M. Letorsay n'hésita pas à faire prendre à l'enfant une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten par jour et quelques bains. Au bout de six semaines, tout avait disparu.

Depuis plus d'un an, Alexandrine n'avait vu reparaître aucun symptôme de la maladie, lorsqu'elle devint enceinte vers le mois de janvier 1853; la grossesse n'eut rien de particulier, l'accouchement se fit au mois d'octobre.

L'enfant, du sexe féminin, était très chétif; à la naissance, on ne remarquait rien qu'une rougeur générale assez intense. Mais, au bout d'une quinzaine de jours, les pieds s'œdématièrent, et bientôt apparurent des taches rouges, des bulles, du pemphigus. Il en survint autant autour de la bouche, du nez, aux fesses, aux parties génitales; l'enfant s'affaiblit de jour en jour, et la mort survint le quarante-deuxième jour après sa naissance.

Depuis cette époque, Alexandrine Baudon n'a rien éprouvé de nouveau; elle dit ne s'être jamais mieux portée; son enfant, âgé aujourd'hui de cinq ans, jouit également d'une santé excellente.

M. Letorsay ajoute comme renseignements que cette observation mérite la plus grande créance; il connaît la moralité parfaite de toute cette famille, à laquelle il donne des soins depuis longtemps. Dans son esprit, il est impossible qu'un fait se présente avec de plus grandes garanties de véracité.

De la prétendue syphilis vaccinale. — M. Broca a lu, dans une des séances précédentes, un rapport sur cette question à l'occasion d'une brochure allemande de M. Pauli, membre correspondant de la Société de chirurgie à Landau. Nous nous bornerons à donner ici un extrait de ce rapport, qui est destiné à paraître en entier dans les *Mémoires de la Société.*

M. Broca expose d'abord le fait médico-légal qui a été le point de départ de la brochure de M. Pauli. Voici le résumé de ce fait :

Le docteur Hübner, de Hollfeld (Franconie), vaccina, le 16 juin 1852, douze enfants du village de Fraienfelz. Le vaccin fut pris sur la petite Maria Keller, âgée de trois ans. La mère de cette enfant avait eu, dix-huit mois auparavant, une affection syphilitique constitutionnelle; guérie en moins d'un mois par un traitement convenable, elle ne présenta plus tard aucune manifestation nouvelle. La petite Maria, bien constituée en apparence au moment de sa naissance, fut atteinte trois semaines plus tard d'une éruption qui commença sur les mollets, et

gagna ensuite les cuisses et les fesses. Tel était l'état de cette enfant lorsque M. Hübner prit sur elle du vaccin pour vacciner les douze enfants du village de Fraienfelz. Quelque temps après, l'éruption gagna toute la surface du corps, et Maria Keller succomba le 26 août 1852, soixante-dix jours après la séance de vaccination. Aucun médecin ne l'avait examinée, et on ne peut savoir quelle était la nature de sa maladie.

Sur les douze enfants de Fraienfelz vaccinés le 16 juin 1852, il y en eut quatre qui furent exempts d'accidents; chez les huit autres il survint, vers les mois de septembre et d'octobre, une éruption pustuleuse d'abord au niveau des piqûres, puis sur les parties génitales, l'anus, les fesses, les cuisses et l'abdomen. Cette affection se communiqua à huit personnes adultes qui donnaient des soins aux enfants. Malgré la gravité des accidents, aucun médecin ne fut consulté avant le 9 février 1853. Ce jour-là le docteur Wening examina les malades, et déclara qu'ils étaient atteints de syphilis constitutionnelle. La régence de la Franconie supérieure, instruite de ces faits, prescrivit aussitôt une enquête, et le docteur Hübner, accusé de *blessure par imprudence*, fut condamné le 4 décembre 1853 à *deux années de détention dans une forteresse* par le tribunal de Bamberg.

Ici le rapporteur fait ressortir l'injustice et la gravité de ce jugement, et la fâcheuse influence qu'il aurait pu exercer sur l'avenir de la vaccine. Il ajoute qu'heureusement ce jugement fut cassé par la cour de Munich, que l'affaire fut renvoyée devant de nouveaux juges; que cette fois, à la suite d'un rapport de M. Heyfelder, le tribunal, écartant toute idée d'inoculation syphilitique, condamna M. Hübner à six semaines seulement d'emprisonnement pour avoir pris le vaccin sur un enfant malsain et chétif, contrairement aux instructions qu'il avait reçues comme médecin cantonal.

Cette condamnation, purement administrative, ne menace plus l'institution de la vaccine, et réserve les droits de la science. Mais pour éviter à l'avenir de semblables procès, il importe que les corps savants se prononcent sur la transmissibilité de la syphilis par l'inoculation du vaccin. C'est cette pensée qui a conduit MM. Pauli et Heyfelder à soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie les questions générales qui ont été soulevées à l'occasion du procès Hübner.

M. Broca présente d'abord une rapide analyse du travail de M. Pauli. M. Pauli ne croit ni à l'hérédité de la syphilis, ni à la contagiosité des accidents secondaires. « Il est hors de doute, dit-il, que la syphilis se-

» condaire n'est pas contagieuse ; cet axiome inébranlable est la base » de nos connaissances actuelles sur la syphilis. » — Cela le conduit à déclarer que la transmission de la syphilis par le vaccin est physiquement impossible. Sans accepter les bases de ce raisonnement, le rapporteur examine les faits qui ont été invoqués jusqu'ici comme prouvant l'existence de la prétendue syphilis vaccinale. Il expose et réfute successivement les observations obscures et incomplètes de MM. Albert, Fuchs, Viari, Cecco Ceccadi, Clément et Pitton. Il insiste avec plus de détails sur un fait beaucoup plus grave, recueilli à Coblentz en 1849. Le 14 et le 15 février 1849, M. B..., chirurgien de cette ville, revaccina dix-neuf individus adultes avec du vaccin pris sur un enfant de quatre mois parfaitement sain jusqu'alors, et issu de parents exempts de tout antécédent syphilitique. Quatre jours après, cet enfant eut une éruption sur les cuisses, les fesses et le visage, et succomba trois jours plus tard à un *épanchement au cerveau*. Quant aux dix-neuf individus revaccinés par M. B..., ils présentèrent, au bout d'environ trois à quatre semaines, des accidents qui furent considérés comme syphilitiques. M. B... fut arrêté, accusé, jugé et condamné à deux mois de prison comme coupable d'*impéritie*. Le rapporteur exprime toute l'indignation que lui inspire ce jugement, plus inique encore que celui dont M. Hübner a été victime, et résume en quelques lignes les faits relatifs à la prétendue syphilis vaccinale. — La plupart de ces faits sont tellement incomplets et s'accompagnent de circonstances tellement singulières qu'ils n'ont aucune valeur. — On y voit que des individus vaccinés ou revaccinés ont présenté, quelque temps après, des accidents réputés syphilitiques ; mais, d'une part, la nature syphilitique de ces accidents est au moins douteuse, et, d'une autre part, il est tout aussi douteux qu'il y ait eu relation de cause à effet entre leur apparition et la vaccination préalable.

S'il était une fois démontré que les accidents secondaires ne sont jamais inoculables, la transmission de la syphilis par le vaccin devrait être considérée comme tout à fait impossible. Malheureusement, la contagiosité des accidents secondaires est très controversée ; des expérimentateurs également habiles, également dignes de foi sont arrivés à des résultats diamétralement opposés, et celui qui, pour résoudre cette question épineuse, se bornerait à compter les voix des deux partis, arriverait bientôt à un doute infranchissable.

Le rapporteur dit qu'il n'a jamais vu réussir l'inoculation des accidents secondaires faite avec la lancette sur des individus qui tous, il est vrai, étaient déjà atteints de syphilis. Sans nier l'exactitude des résul-

tats obtenus par les autres observateurs, il se croit en droit d'admettre que ces inoculations ne réussissent que dans des cas exceptionnels, mais il distingue soigneusement l'inoculation *par la lancette* de la contagion *par les surfaces*, telle qu'on l'obtient en appliquant le produit de sécrétion sur le derme dénudé par la vésication. Ce dernier mode de contagion lui paraît démontré par les faits publiés récemment en Allemagne; mais il n'y insiste pas, parce que c'est par la lancette, et non par les surfaces, que s'inocule la prétendue syphilis vaccinale. En tout cas, il suffit que cette question de l'inoculation des accidents secondaires soit encore en litige pour qu'elle ne doive pas sortir du sanctuaire de la science, et pour que les tribunaux n'aient pas le droit de la résoudre. D'ailleurs, lors même que l'inoculation des accidents secondaires serait démontrée, il resterait à prouver que les pustules vaccinales des vérolés subissent, sous l'influence de la diathèse générale, des modifications qui leur donnent à la fois les propriétés du virus vaccinal et celles du virus syphilitique. Non-seulement cette démonstration n'a pas été donnée, mais encore il y a des faits positifs qui déposent en sens inverse. Ici, le rapporteur cite l'histoire de deux confrères qui se firent inoculer sans résultat avec le vaccin d'un enfant syphilitique. Il ajoute que si la syphilis se transmettait par la vaccination, ce ne serait pas cinq ou six faits obscurs, mais des milliers de faits démonstratifs qu'on aurait recueillis depuis un demi-siècle, car la vérole congéniale est malheureusement très commune, et il a nécessairement dû arriver un très grand nombre de fois qu'on ait pris du vaccin sur des enfants atteints de syphilis.

Ce qui précède suffit pour établir que la transmissibilité de la syphilis par le vaccin ne repose jusqu'ici sur aucune preuve scientifique. Cependant, parmi les faits qui ont été invoqués, il faut reconnaître qu'il y en a deux qui sont fort difficiles à expliquer : ce sont les faits de MM. B... et Hübner. C'est précisément parce qu'on ne les comprenait pas qu'on a eu recours à la dangereuse hypothèse de la syphilis vaccinale. M. Pauli a émis une autre hypothèse : il se demande si les accidents observés ne résulteraient pas de ce qu'on a pris le vaccin sur des pustules trop enflammées et en pleine suppuration, au lieu de prendre la *lymphe* vaccinale des pustules ordinaires. L'inoculation de ce *pus* donnerait lieu à une sorte de pyohémie chronique, dont divers accidents pseudo-syphilitiques deviendraient la conséquence. Mais cette hypothèse est aussi impuissante que celle de la syphilis vaccinale à expliquer tous les détails de l'affaire de Fraienfelz et de celle de Coblentz. Peut-être est-il plus prudent d'avouer que dans l'état actuel de

la science les faits qui ont donné lieu aux procès de MM. B... et Hübner sont tout à fait inexplicables.

« Mais je crains, dit M. Broca en terminant, d'avoir abusé trop longtemps de l'attention de la Société. Peut-être trouverai-je une excuse dans l'importance d'une question à la fois scientifique, professionnelle, et même sociale. Il eût été à désirer sans doute que ce rapport eût été confié à l'un de ceux qui parmi nous ont fait de la syphilis l'objet spécial de leurs études; leur parole aurait eu plus de précision et plus d'autorité que la mienne. Mais vous n'y perdrez rien si, comme je l'espère, et conformément au vœu exprimé par MM. Pauli et Heyfelder père, ils veulent bien prendre la parole et émettre leur opinion sur les questions épineuses que je viens de vous soumettre. »

La discussion animée des dernières séances prouve que la Société a répondu à l'appel de son rapporteur.

CORRESPONDANCE.

MM. Lenoir et Cazeaux demandent un congé pour motif de santé.

— M. le docteur Silbert (d'Aix), ancien élève de l'hôpital de Lourcine, adresse à la Société son *Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel*. (M. Laborie est chargé d'en rendre compte.)

— M. le docteur Mathijsen adresse une observation sur l'emploi de l'appareil plâtré à deux valves. (Commissaires : MM. Larrey, Marjolin et Chassaignac.)

— M. Larrey lit un rapport sur un mémoire de M. Clot-Bey.

(L'étendue du travail lui en fait remettre la continuation à une séance prochaine.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Fano présente une colonne vertébrale affectée de *scoliose dorsolombaire*.

La pièce a été recueillie sur une femme âgée. La dissection des parties molles a présenté les particularités suivantes :

La peau de la région dorsale est doublée, au niveau de la région sus-épineuse gauche, d'une couche de graisse d'une épaisseur de près de 2 centimètres. Le muscle petit dentelé postérieur et supérieur du même côté est plus pâle que le même muscle du côté opposé.

Toute la masse des muscles spinaux postérieurs du côté gauche est plus pâle, plus entremêlée de graisse que la masse musculaire correspondante du côté droit.

Les muscles transversaires épineux des deux côtés sont entièrement convertis en tissu graisseux dans leur portion lombaire.

La colonne vertébrale tout entière décrit un arc à concavité antérieure et à convexité postérieure. Malgré l'existence de cette courbure générale, les différentes régions de la colonne vertébrale ont conservé les traces de leur courbure normale respective. Ainsi, la région cervicale offre une légère convexité antérieure : la région dorsale une concavité antérieure; la région lombaire une légère convexité antérieure.

Les deux dernières vertèbres dorsales et toutes les vertèbres lombaires forment un courbure très prononcée, dont la convexité est tournée à gauche et la concavité à droite. C'est au niveau de la deuxième vertèbre lombaire qu'existe le point le plus élevé de la courbure. Une très légère courbure en sens opposé, c'est-à-dire à convexité tournée à droite et à concavité tournée à gauche, occupe la région cervicale.

Description spéciale de la scoliose dorso-lombaire. — La moitié gauche du corps de la dixième et de la onzième vertèbres dorsales a une hauteur moins considérable que la moitié droite. Dans le premier sens, c'est-à-dire à gauche, la face latérale du corps est creusée d'une forte dépression.

Pour la douzième vertèbre dorsale, c'est le contraire. La moitié gauche du corps de la vertèbre a un peu plus de hauteur que la moitié droite. Déjà cette vertèbre semble avoir subi une légère déviation qui a porté son apophyse transverse gauche un peu en arrière, et son apophyse transverse droite légèrement en avant.

Pour les trois premières vertèbres lombaires, cette disposition est on ne peut plus marquée. La moitié droite du corps est certainement moins élevée en hauteur que la moitié gauche, et creusée d'une gouttière profonde. Ces vertèbres semblent avoir éprouvé un mouvement de rotation qui a eu pour effet de porter les apophyses transverses gauches cn arrière, et les apophyses transverses droites en avant.

La quatrième et la cinquième vertèbres lombaires ont la moitié gauche de leur corps moins élevée que la moitié droite. Leur déviation est moins marquée que pour les vertèbres précédentes.

Les trous de conjugaison sont inégalement agrandis des deux côtés. A droite, ce sont les trous de conjugaison lombaires inférieurs qui sont agrandis ; à gauche, ce sont les trous de conjugaison supérieurs.

M. Fano a comparé les diamètres du bassin à ceux d'un bassin normal; il est arrivé aux résultats suivants :

	Pièce pathol.	Etat normal.
Diamètre sacro-pubien.	$0^m,10^c$	$0^m,11^c$
— sacro-iliaque.	0 13,5	0 12
— coccy-pubien.	0 09	0 11
— bi-sciatique.	0 16	0 11

L'auteur fait encore remarquer que l'aorte suit exactement la courbure de la région lombaire de la colonne vertébrale; elle est placée sur la ligne médiane des vertèbres lombaires.

L'artère sacrée moyenno est légèrement déviée à gauche.

La carotide primitive droite décrit quelques flexuosités à son origine. La vertébrale gauche est plus volumineuse que la droito.

— M. Marjolin présente, de la part de M. Didot (de Liége), un porte-ligature destiné aux polypes du pharynx. Cet instrumont n'a pas encore été essayé sur le vivant.

— M. Richet donne le complément de l'observation d'enchondrome de l'épaule dont il a montré la pièce dans une séance précédente.

Quelques jours après l'opération, l'apparition de douleurs dans la poitrine et d'une petite toux répétée fit penser à M. Richet que le poumon était le siége d'abcès métastatiques ou de tubercules.

Quoi qu'il en soit, le malade ayant succombé le douzième jour, on constata que le poumon était farci de petites tumeurs solides, arrondies, ayant tout à fait l'aspect de la production qui siégeait à l'épaule. Le volume en était variable ; les unes étaient grosses comme un pois ou une noisette. M. Richet en montre une autre ayant acquis les dimensions d'une noix. Leur structure était tout à fait semblable à la première tumeur, comme l'attestent les renseignements fournis par MM. Robin, Follin, Verneuil et Broca. Une note détaillée de ce dernier ne peut laisser aucun doute.

Or, ce fait est du plus grand intérêt. En effet, Muller, le premier qui ait bien décrit l'enchondrome, puis M. Lebert, ont pensé que cette tumeur était tout à fait locale, et qu'elle ne récidivait point après l'extirpation. M. Richet lit à ce propos plusieurs passages de l'ouvrage de M. Lebert. (*Physiologie pathologique*, 1845.)

Or, l'observation présente, qui sera, du reste, rapportée dans tous ses détails, montre que cette opinion est inexacte. Déjà il existe dans la science plusieurs faits semblables dus à MM. Rokitanski, Paget, Virchow.

Les enchondromes sont donc des tumeurs malignes comme les tumeurs fibro-plastiques, comme les tumeurs épithéliales, etc., etc.

M. Giraldès fait remarquer que lorsque des discussions de ce genre surgissent maintenant, on s'en prend toujours à l'ouvrage de M. Lebert, publié il y a dix ans, alors que cette étude était encore dans l'enfance. Avant de dire que M. Lebert croit à telle ou telle opinion que les faits récemment observés viennent démentir, il faudrait savoir si l'auteur lui-même n'a pas changé d'avis depuis cette époque. La science, en effet, a marché vite dans ces derniers temps, et ce qui paraissait vrai autrefois n'est plus adopté aujourd'hui. C'est dans des publications plus récentes qu'il faut chercher l'opinion actuelle des auteurs.

M. Lenoir considère le fait de M. Richet comme important et rare ; des recherches entreprises depuis longtemps lui ont permis de rassembler cinquante à soixante cas d'enchondrome, dont plusieurs lui sont propres ; or, dans ces observations, il n'a jamais vu noter la récidive après l'opération. Mais il a déjà remarqué, en voyant la première pièce de M. Richet, que le tissu morbide avait des caractères bien différents de ceux des autres tumeurs qu'il a observées lui-même et qui ont été décrites par les auteurs. L'examen microscopique a prononcé, il est vrai, qu'elle était bien de nature cartilagineuse ; mais, comme un caractère seul peut être insuffisant, M. Lenoir désirerait qu'avant d'affirmer qu'il s'agit d'un enchondrome, on s'assurât, comme le recommande Müller, qu'elle renferme bien de la chondrine. La reconnaissance de cette substance est facile, et il est important d'ajouter un caractère chimique d'une grande valeur à ceux qui ont déjà été recueillis.

— Plusieurs membres demandent que la discussion soit remise, afin qu'on lui donne tous les développements qu'elle comporte.

— La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture d'une lettre de M. le docteur Guillon. Il est décidé que cette lettre sera déposée aux archives.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Arist. Verneuil.

Séance du 1er août 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. Denonvilliers, étant juge du concours d'aide d'anatomie et président des jurys médicaux des départements, demande un congé.

— M. le docteur A. Mattei, médecin accoucheur de l'hospice civil de Bastia (Corse), demande le titre de membre correspondant, et adresse à la Société son ouvrage sur l'accouchement physiologique. (Commission : MM. Danyau, Cazeaux, Laborie.)

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des fractures du col et du corps du fémur, par M. Ferdinand Martin.

Chirurgie conservatrice, et moyens de restreindre l'utilité des opérations, par M. le professeur Alquié.

Doctrine médicale de Montpellier, ou principes de cette école, par le même.

Notre honorable collègue fait également hommage des deux premières années des *Annales cliniques de Montpellier.*

Recueil d'observations sur les maladies de la peau, par M. le docteur W. Boëck, professeur à la Faculté de médecine de Christiania, et M. le docteur Danielsen, médecin en chef des hôpitaux à Bergen. (M. Cullerier est chargé de rendre compte de cet ouvrage.)

Examen critique du rapport de la commission chargée par l'Académie de médecine de Turin d'étudier la syphilisation, par M. le docteur Sperino.

Observation d'enchondrome. — M. Richet lit l'observation suivante :

L... (François), âgé de trente-quatre ans, entre le 10 mai salle Saint-François, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Richet.

Ce malade présente au-dessous de l'épine de l'omoplate droite une tumeur arrondie, grosse comme une tête d'enfant, dure et consistante comme un polype fibreux de l'utérus. La peau très distendue qui la recouvre ne lui adhère pas et garde presque partout sa couleur normale, si ce n'est au point le plus saillant, où l'on aperçoit une petite ulcération limitée par un cercle rouge assez étroit. La fosse sous-épineuse est complétement remplie par la base de la tumeur. Les mouvements du bras et de l'épaule sont douloureux; ils se communiquent à la tumeur, qui a eu bien évidemment son point de départ dans le scapulum, auquel elle adhère solidement.

La consistance de cette tumeur n'est pas fluctuante comme l'encéphaloïde, ni dure comme les tumeurs fibreuses; elle offre, quand on la comprime vivement, une certaine élasticité, et revient pour ainsi dire sous le doigt qui la presse, son mode de développement peu rapide et sans douleur, son point de départ au squelette, l'absence de bosselures

à sa surface, qui est uniformément arrondie, l'état général du malade, tout, en un mot, fait supposer qu'on a affaire à une de ces tumeurs désignées par Müller sous le nom d'*enchondrome*, ou simplement de *chondrome*, et c'est le diagnostic que porte M. Richet.

Voici ce que raconte cet homme au sujet de sa maladie : Ses parents n'ont jamais rien présenté de semblable. Il y a quatre ans, il sentit pour la première fois une petite saillie au-dessous de l'épine de l'omoplate droite ; mais, comme il n'en souffrait pas, il continua pendant trois ans, sans la moindre inquiétude, ses travaux ordinaires de journalier, et ne pensait plus à son mal, complétement stationnaire depuis son origine. Il y a un an, il survint quelques douleurs qui se reproduisirent plusieurs fois de suite ; enfin, au mois de février 1855, le malade, plus vivement préoccupé de sa santé que les années précédentes, consulta un médecin, qui pratiqua une ponction exploratrice. Cette ponction ne donna issue à aucun liquide.

Le malade attribue en grande partie l'augmentation de volume de sa tumeur à la ponction exploratrice qu'on lui a faite, et il soutient que c'est à partir de cette époque qu'elle commença à donner lieu à de vives douleurs. Si les renseignements qu'il donne sont exacts, l'action du trocart ne paraît pas, en effet, avoir été sans influence, puisque la tumeur, stationnaire dans son développement jusqu'à cette opération, a commencé dès lors à grossir, et a atteint le volume énorme qu'elle présente aujourd'hui. L'ulcération qui existe au sommet de la tumeur s'est développée au niveau de cette piqûre du trocart.

L'examen général du malade ne fait découvrir ni soupçonner l'existence de tumeurs semblables dans quelque autre partie du corps.

Son état général est bon ; il a le teint blême et un peu de maigreur, mais c'est, dit-il, son état habituel.

Le 14, quatre jours après son entrée à l'hôpital, il est pris de fièvre, céphalalgie, nausées, vomissements, diarrhée, état saburral de la langue, qui colle aux doigts ; exagération de la sensibilité de la tumeur, sur laquelle il ne peut plus se coucher, comme précédemment.

Le 15, la tumeur est rouge et douloureuse ; il s'est déclaré un érysipèle qui, partant des bords de l'ulcération, gagne bientôt l'épaule et tout le côté droit de la poitrine, puis le cou, puis le côté gauche de la poitrine, et enfin tout le reste du corps. L'ulcération du sommet de la tumeur s'agrandit, ses bords décollés laissent apercevoir des couches concentriques qui, en partie détruites par la suppuration, ressemblent à ces instruments de dessin qu'on appelle *estompes*.

Le 21, la sensibilité de la tumeur est toujours exagérée ; la rougeur

a persisté dans tout son côté postérieur et inférieur, qui est devenu fluctuant. En pressant sur ce point, on fait sourdre par l'ulcération du sommet un pus mal lié et abondant, qui traverse ce vaste décollement de la peau. On pratique une contre-ouverture à la partie déclive pour faciliter la sortie de la suppuration.

Les jours suivants, rien de nouveau; la peau est de plus en plus décollée; l'état général est tantôt bon, tantôt mauvais; l'affaissement moral du malade est extrême; l'abondance de la suppuration et le décollement qui menace de rendre la peau impropre à recouvrir la plaie après l'opération donne des craintes sérieuses, et, si l'on temporise quelques jours de plus, on ne pourra plus sans doute venir en aide au malade. L'opération pour tous ces motifs est fixée au 5 juin.

Le 5 juin, les précautions habituelles ayant été prises et le malade soumis au chloroforme, deux incisions semi-elliptiques circonscrivent la tumeur, en laissant intacte autant de peau qu'il en faut pour recouvrir la surface suppurante. Une petite incision en queue est dirigée vers l'aisselle et se réunit aux deux précédentes afin de faciliter la sortie des liquides de la plaie. Une autre petite incision est faite supérieurement vers l'épaule afin d'observer l'état de l'omoplate et dégager plus facilement la tumeur.

Ainsi qu'il avait été prévu, la tumeur enveloppant l'omoplate, on fut obligé d'en pratiquer la résection au-dessus de l'épine, opération qui se fit d'ailleurs sans difficulté, quelque laborieuse qu'elle parût devoir être. Un écoulement de sang abondant s'ensuivit, des ligatures furent pratiquées, et on procéda au pansement.—Charpie au fond de la plaie, réunion avec les bandelettes de diachylon.

Examen de la pièce anatomique (voir, pour compléter cet examen, le numéro du 19 juin de la *Gazette des Hôpitaux*, où il est rendu compte de la présentation de cette pièce à la Société de chirurgie par M. Richet). — La tumeur part de l'os, qu'elle enveloppe complétement; elle paraît s'être développée dans les cellules osseuses elles-mêmes; elle ne remonte pas au delà de l'épine. Elle est enveloppée par le périoste, et une portion considérable soulève celui qui tapisse la face costale de la fosse sous-épineuse. Cette tumeur, d'apparence gélatineuse, est molle, transparente à sa circonférence, opaque à son centre, où elle est creusée d'une large caverne, dont les parois ramollies contiennent une matière qui offre la coloration du café au lait.

Sa consistance est celle du foie, un peu plus friable cependant; elle n'est point vasculaire, et c'est seulement à la circonférence qu'on peut remarquer quelques vaisseaux.

A cet aspect, il n'est pas possible de se méprendre : c'est évidemment d'un chondrome qu'il s'agit, et le diagnostic se trouve ainsi vérifié de tous points. L'examen microscopique fait immédiatement y démontre la présence des cellules cartilagineuses sans mélange d'aucun autre élément.

M. Richet, d'après ces indications, porte un pronostic favorable, les chondromes, suivant les auteurs qui se sont occupés de cette question, n'étant pas sujet à récidive.

Les jours suivants se passent parfaitement bien. Mais dès le sixième jour, le malade est pris de dégoût, de nausées, de frissons et d'une toux opiniâtre avec expectoration abondante, qui fait présumer qu'il a pris froid et qu'il s'est enrhumé. L'auscultation et la percussion minutieuse du thorax ne révèlent cependant rien d'appréciable.

Le lendemain 16, le malade a craché du sang et a de la fièvre. Il a eu des frissons. Mêmes résultats négatifs de l'auscultation.

Le 17, même état; frisson, altération de la face. M. Richet pense que le malade est en proie à une infection purulente; la plaie cependant continue à fournir un pus louable.

Le 18, l'état général s'aggrave ; l'expectoration devient de plus en plus abondante, muqueuse et filante, mélangée de stries sanguinolentes. Rien à l'auscultation.

Le 19, le malade succombe.

Autopsie. — Rien ni dans les viscères abdominaux, ni dans les viscères thoraciques, qui à première vue paraissent parfaitement sains. M. Richet, fort étonné de ne pas trouver d'abcès métastatiques dans ces divers organes, les explora avec plus de soin encore, et rencontra à la surface du poumon droit, en arrière, une petite tumeur transparente, du volume d'une noisette, présentant la consistance et l'aspect du tubercule cru. Alors, poussant plus loin l'investigation, il découvrit bientôt dans la profondeur des deux poumons et à leurs surfaces une trentaine au moins de tumeurs d'aspect analogue, dont les unes avaient le volume d'un grain de millet et la plus grosse celui d'une noix. Cette dernière offrait tous les caractères extérieurs du chondrome : c'était en effet du tissu cartilagineux, et l'examen microscopique, fait avec le plus grand soin par MM. Broca, Giraldès et Robin, prouva qu'il n'y avait dans ces tumeurs autre chose que des cellules cartilagineuses.

La tumeur la plus volumineuse du poumon a été montrée à la Société de chirurgie et déposée depuis au musée Dupuytren.

Voici la note transmise par M. Broca à M. Richet sur la nature de ces tumeurs du poumon :

1° Dans deux des tumeurs qui m'ont été présentées, et qui à l'œil nu présentaient déjà tous les caractères de l'enchondrome, j'ai trouvé des éléments cartilagineux volumineux, granuleux et disséminés dans une gangue hyaline en certains points, grenue par places et légèrement fibroïde plus loin;

2° Dans une autre, j'ai trouvé exactement les mêmes corpuscules, seulement ces éléments n'étaient pas emprisonnés dans une gangue solide, ils étaient simplement plongés au milieu d'une pulpe gélatiniforme sans organisation propre;

3° Enfin, dans une troisième, j'ai trouvé le poumon infiltré de granulations miliaires cartilagineuses et demi-transparentes; mêmes éléments d'ailleurs que dans les premières tumeurs.

Discussion sur le fait d'enchondrome pulmonaire présenté par M. Richet. — M. Broca. Le cas de chondrome que M. Richet nous a présenté est de la plus haute importance, à cause de sa rareté, et à cause surtout des conséquences qu'on peut en tirer. Je demanderai donc à la Société la permission de lui soumettre quelques remarques à ce sujet.

Je rappellerai d'abord le fait en quelques mots. Une tumeur volumineuse de la partie postérieure de l'omoplate est enlevée par M. Richet. Notre collègue avait diagnostiqué un chondrome; ce diagnostic se trouve exact. On nous présente la pièce; nous l'examinons; plusieurs d'entre nous l'étudient au microscope, et tout le monde s'accorde à reconnaître que la tumeur est formée en totalité par du tissu cartilagineux accidentel.

On porte un pronostic favorable; le malade va assez bien pendant quelque temps; mais il ne tarde pas à succomber à des accidents pulmonaires dont on ne peut préciser la nature. A l'autopsie, on trouve dans les poumons un grand nombre de tumeurs secondaires dont la structure est la même que celle de la tumeur primitive. A l'œil nu, la nature de ces tumeurs est déjà évidente. Le microscope dépose dans le même sens. MM. Verneuil, Robin et moi-même nous examinons ces tumeurs, et nous trouvons qu'elles sont cartilagineuses.

Tel est le fait très exceptionnel de M. Richet. Si l'on s'en rapportait seulement à l'évolution de la maladie, sans tenir compte de la structure des productions accidentelles, on dirait que le malade a succombé à une affection cancéreuse; mais le tissu cartilagineux diffère tellement à l'œil nu et au microscope du tissu des diverses tumeurs cancéreuses,

et la marche du chondrome, dans l'immense majorité des cas, est tellement différente de celle du cancer, qu'une pareille confusion ne peut se présenter ni à l'esprit des anatomo-pathologistes, ni à celui des cliniciens.

Or ce fait porte avec lui un enseignement qui ne doit pas être perdu. Dans la lutte qu'ont soulevée les récentes conquêtes du microscope, les adversaires des découvertes modernes se sont efforcés de prouver qu'il n'y avait aucune différence entre les tumeurs fibro-plastiques ou fibroïdes, les tumeurs épithéliales ou cancroïdes, et les tumeurs cancéreuses. Pour cela, ils se sont basés sur deux arguments principaux. Ils ont cité d'abord des observations qui prouvent une chose incontestée; c'est que le cancroïde et le fibroïde peuvent, comme le cancer, récidiver localement après l'ablation. Puis ils ont cité d'autres observations pour établir que ces deux affections peuvent, comme le cancer encore, se généraliser dans les viscères.

La possibilité de la généralisation des tumeurs fibro-plastiques est depuis longtemps admise par tout le monde. Seulement nous prétendons que, proportion gardée, cette généralisation est beaucoup moins commune dans le cas de fibroïde que dans le cas de cancer.

Quant à la généralisation du cancroïde, il ne nous répugne nullement d'en admettre la possibilité. Mais les faits très exceptionnels qu'on nous a cités n'ayant pas cette évidence qui lève tous les doutes, nous avons cru pouvoir demander des preuves plus positives. Rien de semblable n'a été vu à Paris, quoiqu'on y ait fait depuis dix ans bien des autopsies d'individus morts de cancroïde. Les cinq faits qu'on nous a cités viennent de l'étranger et ont été recueillis précisément par des hommes qui nient la spécificité des éléments microscopiques, et qui par conséquent se déclarent incapables de distinguer une cellule épithéliale d'une cellule cancéreuse. Dès lors, nous étions bien en droit de leur demander sur quoi ils s'étaient basés pour admettre que les tumeurs multiples viscérales étaient constituées par de l'épithélium et non par des éléments cancéreux. Telle est la cause de nos hésitations. Pendant la discussion de l'Académie, M. Virchow a adressé à M. Velpeau une observation nouvelle accompagnée de pièces conservées dans l'alcool; je ne connais pas l'observation, qui n'a pas été publiée. Les pièces sont déposées dans le musée Dupuytren; je ne les ai pas vues, mais je crains que le contact de l'alcool n'ait défiguré les cellules et rendu l'examen microscopique fort incertain dans ses résultats. Quoi qu'il en soit, je crois à la possibilité de la généralisation du cancroïde dans les viscères; il n'y a vraiment pas de raison théorique pour la

rejeter, puisque la plupart des productions accidentelles peuvent se comporter ainsi. Je vais plus loin, et j'ajoute que la découverte ultérieure de faits prouvant sans réplique la généralisation du cancroïde me semble une chose probable. Mais chose probable n'est pas chose démontrée. Voilà pourquoi je désire attendre encore avant de me prononcer.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on réfléchit au très grand nombre d'autopsies négatives qui ont été faites à Paris depuis dix ans par les partisans et par les adversaires du microscope, on est obligé de reconnaître que la généralisation du cancroïde, si elle existe réellement, doit être bien rare, et que cette rareté extrême contraste d'une manière flagrante avec la fréquence excessive des cancers viscéraux multiples.

Malgré cette différence profonde, malgré la différence plus grande encore qui existe entre le cancer et le cancroïde sous le rapport de l'anatomie pathologique, tant à l'œil nu qu'au microscope; malgré enfin la différence qui sépare ces deux affections au point de vue clinique, et qui avait frappé les observateurs un siècle avant l'intervention du microscope, nos adversaires continuent à dire : Le cancroïde peut récidiver et se généraliser; or, le cancer récidive et se généralise, donc le cancroïde est un cancer.

Il y aurait bien des choses à répondre à ce raisonnement. Mais acceptons-le pour un instant. Où cela nous conduit-il? A ranger parmi les cancers toutes les tumeurs qui peuvent récidiver après complète ablation, et se généraliser dans l'organisme. Je dirai donc à nos adversaires : Vous prétendez que le cancroïde est un cancer parce qu'il peut récidiver et se généraliser; alors soyez logiques, allez jusqu'au bout dans cette voie, et ajoutez que les tumeurs cartilagineuses et les tumeurs fibreuses sont des cancers, parce qu'elles peuvent aussi présenter le double caractère de la récidive et de la généralisation.

Les chondromes sont des tumeurs le plus souvent inoffensives et complétement locales; elles ne gênent que par leur volume, croissent en général avec une extrême lenteur, peuvent être tolérées pendant quarante et cinquante ans sans inconvénient par l'organisme, et lorsqu'on les enlève elles n'ont, dans la très grande majorité des cas, aucune tendance à récidiver. M. Lenoir, qui en a rassemblé beaucoup d'observations, vous disait que la récidive avait fait défaut dans tous les cas qui figurent sur son relevé. Il est donc impossible de confondre le chondrome avec le cancer. Et cependant il y a dans la science quelques cas exceptionnels où ces tumeurs, sans changer de nature anatomique, et sans mélange d'aucun élément nouveau, ont pu se comporter avec une

gravité presque égale à celle du cancer. Elles peuvent acquérir un volume énorme. M. Frogley a vu un chondrome du fémur qui avait atteint en cinq ans 3 pieds de circonférence. Un chondrome du tibia, observé par M. Lloyd, ne datait que de dix-huit mois, et avait déjà 2 pieds de circonférence. M. Paget a vu à St-Bartholomew's Hospital un malade atteint de chondrome du fémur; la tumeur ne datait que de trois mois, et elle était déjà aussi grosse que la poitrine d'un homme adulte. Enfin, sur un malade de M. Crampton, un chondrome du fémur prit un tel développement qu'il acquit une circonférence de 6 pieds et demi. Voilà pour le volume.

De nombreux exemples prouvent que le chondrome peut se ramollir, s'ulcérer et entraîner la mort. Il n'est pas rare d'observer plusieurs chondromes sur le même individu. Les chondromes du pied et de la main sont très souvent multiples. M. Will. Adams a vu chez le même individu un chondrome sur l'omoplate et un autre sur l'humérus. M. Bickersthett a enlevé un chondrome de la clavicule sur une femme qui avait à l'os frontal une autre tumeur semblable. La mère de cette femme avait succombé à un *cancer dur* (*sic*) de la mamelle. Ce cancer dur, sur lequel on ne nous donne aucun détail, car nous ignorons même le nom du chirurgien qui l'a observé, ce cancer dur pouvait très bien être un chondrome qui se serait ainsi transmis par hérédité. Voici un fait plus concluant qui tend à établir que le chondrome peut être héréditaire : on conserve dans le musée de Norfolk and Norwich Hospital un chondrome du radius provenant d'un homme dont le fils présenta ensuite un chondrome du bassin, reconnu pour tel par MM. Paget et Dalrymphe.

Les exemples qui établissent la récidivité du chondrome sont beaucoup plus nombreux. M. Paget a vu récidiver promptement un chondrome de la parotide. M. Syme désarticule l'épaule d'une jeune fille pour un chondrome de l'humérus; une tumeur semblable se reproduit dans le moignon. Un chondrome de l'épine de l'omoplate, enlevé par Liston, reparaît sur place au bout de trois ans. Dans un cas cité par M. Gluge, deux ans et demi sépareraient la récidive du jour où on avait enlevé un chondrome de l'orbite. On voit dans le musée de Guy's Hospital un chondrome de la mâchoire inférieure qui a récidivé après l'ablation. Les tumeurs cartilagineuses peuvent également récidiver à distance. Un chondrome de l'épaule, datant de treize ans, et pesant neuf livres et demie, fut enlevé, et récidiva sur les côtes. M. Gluge, qui rapporte ce fait, ajoute que le malade succomba par suite de cette récidive un an et demi après l'opération. M. Salmon a communiqué à

M. Paget un fait plus curieux encore. Un homme avait subi à l'âge de seize ans l'amputation de l'index gauche pour une tumeur qui pesait 2 livres 5 onces. Quarante ans après M. Salmon fut contraint de lui amputer l'avant-bras droit pour des tumeurs cartilagineuses énormes et multiples qui occupaient le squelette de la main. Une autre tumeur semblable, grosse seulement comme une noix, s'était développée en outre dans l'auriculaire gauche. Enfin il y avait plusieurs tumeurs irrégulières sur le tibia gauche, et une autre sur le deuxième orteil du même côté. On peut dire que dans ce cas il n'y a pas eu seulement récidive, mais généralisation des chondromes. M. Virchow, dans une lettre récente, a cité l'observation d'un chondrome de la paroi thoracique suivi de la production d'une tumeur cartilagineuse au milieu du poumon. Enfin le fait récent de M. Richet vient couronner cette énumération. Nous y voyons un chondrome de l'épaule donner lieu à un reste d'infection comparable à l'infection cancéreuse, et à la production de tumeurs cartilagineuses multiples dans les poumons.

On peut dresser contre les tumeurs fibreuses, dont la bénignité est cependant devenue proverbiale, un acte d'accusation non moins formidable.

Les fibromes sont presque toujours des tumeurs entièrement locales, devenant tout au plus gênantes par leur volume et guérissant radicalement par l'ablation, lorsqu'elles occupent un siége accessible à la chirurgie. Bien qu'il n'y ait pas de limites au volume qu'elles peuvent atteindre, elles ne se développent ordinairement qu'avec une grande lenteur. Elles peuvent cependant quelquefois s'accroître avec rapidité, se ramollir, s'ulcérer, se gangrener et déterminer la mort des malades. Abstraction faite des tumeurs fibreuses de l'utérus, qui sont si souvent multiples, le fibrome est en général unique. Toutefois il n'est pas très rare d'observer un grand nombre de fibromes sur le même individu. M. Houël vous a présenté, il y a quelques années, un cas très remarquable de névromes multiples; toutes les tumeurs, étudiées attentivement à l'œil nu et au microscope, furent trouvées exclusivement composées de tissu fibreux. M. Lebert, dans son rapport sur cette observation, a rassemblé un grand nombre d'exemples analogues. M. Smith a cité un fait plus remarquable encore, puisque plus de 1,200 névromes purement fibreux existaient sur la même personne. L'influence diathésique qui préside au développement de ces fibromes multiples ne saurait être niée; cependant on peut dire qu'il s'agit d'une diathèse limitée à un tissu ou à un système anatomique, et bien différente de la diathèse générale qui donne lieu à la multiplicité des cancers.

Cette explication est applicable aux fibromes multiples de l'utérus, et peut-être aussi à un fait communiqué par M. Lebert à la Société de biologie. Ce fait, recueilli dans le service de M. Lenoir, est relatif à un malade âgé de soixante-six ans, qui présentait dans le tissu cellulaire sous-cutané un très grand nombre de tumeurs fibreuses. Mais on est obligé d'admettre l'existence d'une diathèse plus générale lorsque les fibromes multiples occupent des organes très divers, comme cela avait lieu dans un cas que j'ai présenté à la Société de biologie au nom de M. Azam (de Bordeaux).

Dans ce cas, cinq tumeurs fibreuses s'étaient développées sur la même femme ; il y en avait une dans chaque mamelle, une dans chaque ovaire, et une cinquième dans l'utérus. Ainsi, le fibrome peut quelquefois, comme dans le cancer, se développer sous une influence diathésique. Comme le cancer encore, il peut récidiver après l'ablation. Un fibrome du dos, enlevé par M. Lawrence, se reproduisit dans la cicatrice. MM. Holberton et Benjamin Barron, au dire de M. Paget, ont vu l'irritation produite par le contact des boucles d'oreilles donner lieu à des tumeurs fibreuses qui récidivèrent après l'ablation. M. Lelong m'a envoyé, il y a quatre jours, une tumeur que je présente à la Société, et qui reconnaît une semblable origine. Vous me pardonnerez peut-être de vous présenter en abrégé cette intéressante observation.

Une femme de la campagne, aujourd'hui âgée de trente-deux ans, se fit percer les oreilles il y a dix ans. Peu de jours après un petit bouton parut sur chaque lobule, au niveau du passage des anneaux. La tumeur de l'oreille droite s'est accrue très lentement ; depuis quatre ans elle est stationnaire. Elle présente environ le volume d'une petite noix ; elle est très dure, très adhérente, fait saillie seulement à la face postérieure de l'oreille et ne produit qu'une légère difformité. On n'a pas jugé convenable d'en pratiquer l'ablation.

La tumeur de l'oreille gauche a fait des progrès plus rapides. Elle fut enlevée pour la première fois, il y a neuf ans, au moyen du bistouri, et ne tarda pas à récidiver. Une deuxième opération fut pratiquée il y a cinq ans ; cette fois, après la section, on cautérisa, ce qui n'empêcha pas la récidive de survenir promptement. Depuis cette époque, la tumeur prit le volume d'un œuf de cane ; elle devint bosselée, et même bilobée. Faisant surtout saillie à la face postérieure de l'oreille, elle contracta de solides adhérences avec le cartilage de la conque. Bien que cette tumeur ne fût pas douloureuse par elle-même, elle s'accompagnait d'élancements dans la moitié gauche de la tête. Ce fut alors que la malade s'adressa à M. Leloup, qui fit l'ablation de cette tumeur

il y a trois semaines. Aujourd'hui la plaie est guérie; mais à la partie inférieure de la cicatrice, vers le niveau de l'apophyse mastoïde, on sent déjà une induration qui pourrait bien être une récidive. Quant à la tumeur, je vous la présente ; vous pouvez vous assurer que c'est un type de fibrome ; cela est déjà évident à l'œil nu ; le microscope le prouve également. Le tissu fibreux excessivement dense qui la compose est enroulé, pelotonné en certains points, natté et entre-croisé en d'autres points, et constitue une masse dont la consistance égale celle des fibromes les plus durs.

Une chose digne de remarque, c'est que la tante de cette malade est atteinte d'une semblable affection. C'est une femme d'environ soixante ans. Il y a trente ans qu'une tumeur très dure a commencé à se former sur chaque lobule; cela constitue une difformité choquante; mais les tumeurs étant depuis longtemps stationnaires et n'ayant jamais donné lieu à aucune douleur, aucune opération n'a été pratiquée jusqu'ici.

Cette observation ne nous apprend pas seulement que les fibromes peuvent récidiver, elle nous montre encore l'existence d'une sorte de disposition héréditaire en vertu de laquelle certaines parties du corps deviennent aptes à subir l'influence des causes locales qui font quelquefois naître les fibromes.

Ce qui précède ne donne qu'une idée incomplète de la gravité que peuvent présenter les tumeurs fibreuses. M. Paget a examiné au microscope la structure d'une tumeur qui est déposée dans le musée de Saint-Barthélemy, à Londres, et qui présente à l'œil nu tous les caractères des tumeurs fibreuses. Cette tumeur est en effet exclusivement composée de tissu fibreux. Elle provient d'un malade que M. Earle avait guéri en 1835 d'une grosse tumeur de l'épaule. Bien que le microscope n'ait pas encore prêté son concours à l'anatomie pathologique, on jugea à l'œil nu que cette première tumeur n'était pas cancéreuse, et on la désigna sous le nom de *sarcome albumineux*. Malgré cela, la récidive fut prompte, et au bout d'un an la tumeur, plus grosse encore que la première fois, fut enlevée par M. S. Key. C'est cette deuxième production qui a été conservée dans l'alcool, et que M. Paget a examinée plus tard au microscope. La plaie se cicatrisa, mais presque aussitôt une troisième tumeur se produisit dans le même endroit. Cette fois, on ne pratiqua aucune opération nouvelle; le malade succomba, et à l'autopsie on trouva sous la plèvre correspoudante plusieurs petites tumeurs blanches, très fermes et semblables à la tumeur principale. Il semble donc qu'il y ait eu, dans ce cas, une sorte d'infection fibromateuse. Mais on peut objecter que l'examen microscopique a été beaucoup trop

tardif, et que le séjour de la pièce dans l'alcool a pu faire disparaître des éléments cancéreux mêlés dans l'origine au tissu morbide. Cette objection n'est pas applicable à un autre fait recueilli par M. Paget.

Une femme de quarante-sept ans présentait dans la mamelle droite une tumeur mobile que M. Paget prit pour un squirrhe. Ce chirurgien se décida à enlever toute la glande. En examinant la pièce, il trouva que le tissu de la glande mammaire était parfaitement sain, et qu'il était simplement refoulé par une tumeur très dure, sphérique, complétement énucléable, et présentant un aspect exactement semblable à celui des tumeurs fibreuses de l'utérus ou des tumeurs purement fibreuses de la mâchoire. Au microscope, le tissu accidentel présentait tous les caractères du tissu fibreux; et M. Paget, qui avait pourtant diagnostiqué un cancer, et qui aurait eu intérêt à voir son diagnostic confirmé par le microscope, fut le premier à reconnaître qu'il s'agissait d'un fibrome pur et simple.

Trois mois après l'opération, une tumeur nouvelle parut sous la cicatrice; elle s'accrut promptement, et devint aussi volumineuse que la précédente. Deux mois plus tard elle s'ulcéra; les tissus environnants s'enflammèrent et se sphacélèrent, et la tumeur, détachée par la gangrène, tomba d'une seule pièce, laissant une vaste excavation, qui se détergea peu à peu; mais on vit bientôt naître dans le fond de la plaie de petites masses dures qui s'accrurent, et la malade succomba au bout de deux mois. L'ulcère avait alors près d'un pied de diamètre. A l'autopsie, on trouva dans les deux poumons une trentaine de tumeurs *complétement fibreuses*, comme la tumeur primitive.

Ce cas remarquable a décidé M. Paget à admettre l'existence de tumeurs fibreuses malignes, comme les faits semblables à celui de M. Richet nous forcent à admettre l'existence de tumeurs cartilagineuses malignes, comme des faits d'un autre ordre prouvent qu'il y a des tumeurs fibro-plastiques malignes. La malignité est un caractère éventuel que peuvent revêtir, dans certains cas, la plupart des productions accidentelles. On a cru qu'elle était l'apanage exclusif du cancer, parce qu'en effet dans le cancer la malignité est la règle, tandis que dans les pseudo-cancers elle est l'exception. D'après cela, il est bien clair qu'il n'est plus possible de classer les tumeurs en se basant sur le caractère de la malignité. Cela conduirait tout simplement à la nécessité de considérer les fibromes et les chondromes comme des tumeurs cancéreuses, conclusion déraisonnable, puisque dans l'immense majorité des cas ces affections sont entièrement locales, entièrement inoffensives, et guérissent radicalement par l'opération.

En présence de ces variations incessantes que présentent les tumeurs considérées sous le point de vue clinique, il ne reste plus d'autre ressource que de les classer d'après leurs caractères anatomiques. On enlève une tumeur; l'examen à l'œil nu, l'étude microscopique, l'analyse chimique, prouvent qu'elle est composée de cartilage; on doit en conclure qu'il s'agit d'un chondrome, qu'il n'y aura, selon toute probabilité, ni récidive, ni infection générale, mais on n'en peut dire davantage, attendu que cette récidive et cette infection sont dans l'ordre des choses possibles. Les chances sont à peu près les mêmes lorsque la tumeur enlevée présente les caractères du fibrome. Les tumeurs fibro-plastiques sont déjà plus menaçantes; il en est de même des tumeurs épithéliales, qui n'encourent, il est vrai, presque aucune chance d'infection, mais qui ont une grande tendance à récidiver. Enfin, lorsque la production accidentelle présente les caractères anatomiques du cancer, la récidive est à peu près inévitable, et les probabilités d'une infection ultérieure atteignent leur maximum. Ce sont là des différences cliniques notables qui coïncident avec les distinctions établies par l'anatomie pathologique, mais qui sont loin d'être absolues comme ces dernières. Et c'est précisément à cause de l'incertitude et des variétés des phénomènes cliniques qu'il est indispensable de choisir, comme base de la classification des tumeurs, les caractères les plus constants, c'est-à-dire la lésion anatomique.

En résumé, j'ai eu pour but de faire ressortir un fait qui, dans l'état actuel des esprits, est de la plus haute importance, c'est que tous les arguments qu'on a fait valoir pour prouver que les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques sont des cancers, sont applicables sans aucune restriction aux tumeurs cartilagineuses et aux tumeurs fibreuses. Il faut donc choisir entre ces deux alternatives :

Ou bien il faut dire, au mépris de l'anatomie pathologique, que toutes les tumeurs sont des cancers, ce que ne pourront accepter les cliniciens qui connaissent quelque peu l'histoire des chondromes et des fibromes.

Ou bien il faut se résigner à accepter la distinction établie par l'anatomie pathologique, et admettre autant d'espèces de tumeurs qu'il y a d'espèces de lésions, ce qui est d'autant plus raisonnable que les caractères cliniques permettent le plus souvent, avant l'opération, de diagnostiquer la nature anatomique des productions accidentelles.

Agir autrement, ce serait avoir deux poids et deux mesures.

M. Verneuil. M. Broca vient de soulever la plupart des questions générales que je voulais débattre un instant devant la Société; je

m'abstiendrai donc d'y revenir, car je partage entièrement ses convictions. M. Giraldès déjà a eu raison de rappeler que M. Lebert avait bien modifié ses opinions depuis la publication de son livre, qui date de 1845, et qu'il ne fallait plus au jour actuel imiter, comme cela a eu lieu dans la dernière discussion académique, l'obstination avec laquelle on a voulu opposer sans cesse aux recherches micrographiques actuelles les premiers essais histologiques, imparfaits naturellement comme tout ce qui ouvre une ère nouvelle dans une partie de la science.

Müller, qui le premier a su distinguer les tumeurs cartilagineuses en 1839, M. Lebert, qui a suivi la même voie en 1845, ont pensé que l'enchondrome était toujours local, toujours bénin, incapable de se généraliser. A l'époque où ils écrivaient, ces auteurs étaient dans leur droit en tirant des faits qu'ils avaient observés cette conclusion provisoire. Le relevé fait par M. Lenoir, et que notre collègue citait récemment, prouve d'ailleurs que cette assertion se rapproche beaucoup de la vérité.

Mais voici venir d'autres faits dus à MM. Rokitanski, Paget, Virchow, etc., etc., étayés par l'observation bien plus précieuse encore de M. Richet, car on la connaît dans tous ses détails; voici des faits qui prouvent que l'enchondrome peut affecter la marche des affections diathésiques, s'entacher de malignité, c'est-à-dire récidiver d'une manière opiniâtre et se généraliser en apparaissant hors de la sphère même de la récidive locale.

Il est facile de tirer des corollaires de ces faits contradictoires. Müller, M. Lebert et ceux qui ont adopté leurs idées se sont trompés en considérant la tumeur cartilagineuse comme toujours bénigne, toujours locale. Ceux qui penseraient qu'elle est toujours maligne ne se tromperaient pas moins. Pour être dans le vrai, il faut reconnaître que l'enchondrome, maladie le plus souvent circonscrite, compatible avec la vie, et n'entraînant pas d'autres dangers que ceux qui résultent de son volume et de ses rapports, peut dans d'autres cas se comporter tout autrement et devenir funeste à la manière des maladies générales. Il faut en conclure aussi que la malignité et la bénignité n'ont rien à faire dans la classification des maladies, et que tout en en tenant grand compte dans la pratique, il faut chercher d'autres bases pour grouper les espèces pathologiques.

Tout exceptionnel qu'est le fait de M. Richet, il est précieux par le soin avec lequel il a été recueilli, et parce qu'il est parfaitement concluant. Il ne s'agit donc ni de le nier, ni de le discuter, il faut l'accueillir avec empressement, car s'il dément une opinion formulée dans l'en-

fance de la science histologique, il confirme en revanche des principes bien plus généraux, bien plus importants, sur lesquels s'appuie la réforme radicale qu'exige aujourd'hui la classification des tumeurs.

La chute d'une assertion isolée n'est rien vis-à-vis du triomphe d'une doctrine; or il faut abandonner les premières croyances (et M. Lebert le premier a donné maint exemple de cette abdication) pour adopter la nouvelle marche dictée par les faits à mesure que ceux-ci se produisent avec authenticité.

Comme tout peut être bénin, comme tout peut être malin à des degrés divers, on peut dresser une échelle de différentes tumeurs, dont les deux extrêmes seront, si l'on veut, l'encéphaloïde et le lipome, entre lesquels on intercalera les tumeurs fibro-plastiques, les épithéliomas, les tumeurs érectiles, les exostoses, les enchondromes, les fibromes, les hypertrophies glandulaires, etc., etc. Mais sur quel caractère s'appuyer pour former ces groupes? On sait bien que ni les signes cliniques, ni les apparences physiques, ni la couleur, ni la consistance, ni la marche rapide ou lente, ni les accidents, ni la récidive, ni la généralisation, ni l'issue funeste même ne peuvent servir de point de départ constant, ni invariable.

La composition anatomique, la structure en un mot offre assez de fixité pour pouvoir servir de point de repère. Or, dans toute classification naturelle, lorsqu'on a à sa disposition plusieurs caractères, on ne les range pas sur le même plan et on ne leur accorde pas la même valeur; on a coutume de les subordonner, et de placer en première ligne ceux qui sont le moins variables.

C'est pour cela qu'il faut adopter l'anatomie pathologique comme base primordiale de classification; ce qui n'empêche pas de tenir grand compte de la marche, des symptômes, en un mot de tous les autres phénomènes, quoiqu'ils soient moins caractéristiques.

Quelques personnes, tout en admettant l'importance de la structure, la subordonnent encore à la symptomatologie, et, admettant les mêmes classes morbides que les anatomo-pathologistes, ils établissent que chacune des maladies énumérées plus haut peut se comporter de deux manières, c'est-à-dire peut être locale ou générale. Dans ce dernier cas elles doivent suivant eux être rangées parmi les cancers. Cette dernière maladie n'aurait donc pas de structure spéciale; elle engloberait seulement dans un seul faisceau tous les cas funestes, quelle que soit la structure. Il y aurait alors des tumeurs fibro-plastiques cancéreuses, des cancroïdes cancéreux, des enchondromes cancéreux, etc. Cancer deviendrait ainsi synonyme de malignité. Cette manière de voir ne

peut être conservée en pathologie. En effet, lorsqu'une tumeur apparaît, il est impossible d'affirmer d'une manière absolue qu'elle sera toujours bénigne ou toujours maligne. Il faut souvent des années entières pour en juger. Faudra-t-il en pareil cas suspendre son diagnostic pendant trois, quatre, six, dix ans ou plus avant de savoir à quoi s'en tenir? La marche indiquée plus haut n'est-elle pas plus simple, plus philosophique?

M. Lenoir, dans la dernière séance, a élevé quelques doutes sur la nature réellement cartilagineuse de la tumeur de M. Richet; c'est à ce propos qu'il a demandé que l'analyse chimique fût faite. Ce qui poussait M. Lenoir à faire cette objection, c'est que l'aspect de la tumeur en question différait notablement de celui des autres enchondromes qu'il a eu occasion d'examiner. Il ne faut pas attacher trop d'importance à ces différences extérieures quand la présence de l'élément anatomique caractéristique a été bien reconnue. Combien de différences de ce genre présentent les cancers, les tumeurs fibro-plastiques, les hypertrophies de la mamelle! combien il est fréquent de voir dans une même tumeur des aspects bien divers ! Une foule de circonstances expliquent ces modifications. La tumeur de M. Richet était molle, colorée, vasculaire, et ne ressemblait pas au cartilage ordinaire; mais l'accroissement en avait été rapide, et dans ce cas beaucoup de produits pathologiques sont remarquables aussi par leur mollesse, leur vascularité, etc., etc.

M. Houel a vu dans le discours de M. Broca un doute sur la réalité de la généralisation des tumeurs épidermiques. Ce doute, il ne saurait le partager. M. Virchow a en effet publié des observations qui ne laissent rien à désirer. Il a de plus envoyé des pièces qui sont déposées au musée Dupuytren, et qu'il mettra à la disposition de ceux qui désireraient les examiner. Elles proviennent d'un malade affecté primitivement d'un épithélioma de la lèvre, et qui eut ensuite des tumeurs semblables dans la rate, le rein, le foie, les deux poumons, la huitième côte. M. Houel, qui a examiné ces pièces, se déclare tout à fait convaincu.

Au reste, il possède encore une observation dans laquelle la généralisation du cancroïde est également manifeste. C'est un malade affecté d'une production cornée, et qui a succombé avec plusieurs autres productions cornées sur différents points du corps; au poignet siégeait une ulcération épidermique rongeante. Dans les derniers temps de la vie on constata dans l'œsophage un rétrécissement très considérable qui ne laissait pas passer la sonde, et qui amena la mort. Ce dernier fait, à la rigueur, pourrait être contesté; mais la généralisation à l'extérieur

n'était pas équivoque. M. Houël a été surpris des doutes élevés par M. Lenoir sur la nature cartilagineuse de la tumeur de M. Richet. Pour sa part, il n'a jamais vu de type d'enchondrome plus évident, et lorsque la pièce fut montrée à M. Cruveilhier, ce savant anatomiste n'hésita pas un seul instant à reconnaître sa véritable nature.

M. Chassaignac conclut de cette discussion qu'on pourrait admettre deux espèces d'enchondromes, dont les uns récidiveraient et pourraient se généraliser; les autres, au contraire, resteraient locaux. Il saisit cette occasion pour montrer le moule d'une main couverte de tumeurs cartilagineuses. Cette observation que nous transcrivons a été relevée il y a quelques mois dans son service.

Enchondromes multiples de la main (1). — Génié, dix-huit ans (salle Sainte-Marthe, n° 9), présente à tous les doigts de la main droite, sauf le pouce, une série de tumeurs.

Vers l'âge de cinq ans, l'auriculaire de la main droite devint le siége de petites tumeurs arrondies, très dures, qui se manifestèrent sans causer la moindre douleur, qui s'accrurent insensiblement et avec une grande lenteur.

Peu de temps après, il se développa sur l'annulaire, puis sur le médius de la même main, de petites bosselures qui devinrent bientôt de véritables tumeurs, tout à fait analogues d'ailleurs à celles de l'auriculaire, sous le triple rapport de la dureté, de l'indolence et de la lenteur de leur accroissement.

Enfin, il y a un an environ, c'est-à-dire à l'âge de dix-sept ans, l'indicateur de la même main devint le siége d'une tumeur complétement analogue aux précédentes.

Ne ressentant de ces productions anomales qu'une simple gêne dans les mouvements, la malade ne se décida à s'en délivrer qu'à l'époque où leur extrême développement rendit presque impossibles les services de la main devenue horriblement difforme.

État actuel (janvier 1855). — 1° *L'auriculaire* de la main droite présente trois bosselures superposées et contiguës, à la façon de marrons enfilés sur un même axe. Ces trois tumeurs occupent en hauteur toute l'étendue du petit doigt, sauf une partie de la dernière phalange; elles enveloppent toute la circonférence du même doigt, qui leur sert d'axe central. Elles sont irrégulièrement sphériques, en partie confondues aux points de tangence des sphères qu'elles représentent. — La

(1) Observation recueillie par M. Fournier, interne du service.

plus inférieure répond à la moitié supérieure de la dernière phalange et à la moitié inférieure de la seconde ; elle offre 3 à 4 centimètres de diamètre. Sa partie la plus saillante a été le siége d'un abcès il y a quelques mois. — La tumeur moyenne, bien plus volumineuse, répond à la moitié inférieure de la sconde phalange et à toute l'étendue de la première ; son volume atteint 5 à 6 centimètres de diamètre ; elle offre son plus grand développement du côté de la face palmaire, et même elle vient proéminer jusque dans la paume de la main. — La troisième tumeur, bien plus petite, du volume d'une cerise, se trouve en dedans de la partie inférieure du cinquième métacarpien. L'articulation de la dernière phalange a conservé en partie ses mouvemcnts, et il est curieux de voir, sur ce doigt complétement englobé par ces énormes tumeurs, l'extrémité de la phalange unguéale exécuter des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. L'articulation de la dcuxième phalange avec la première est complétement immobile. L'articulation métacarpo-phalangienne est libre et mobile.

2° L'*annulaire* présente sur l'extrémité inférieure de la deuxième phalange deux bosselures latérales, l'une externe, du volume d'une très petite noix ; l'autre interne, d'un volume moitié moindre. L'articulation de la dernière phalange, située un peu au-dessous de l'implantation de ces deux tumeurs, jouit de tous ses mouvements; mais cet os est notablement incliné en dedans, en sorte que l'axe du doigt est coudé dans ce sens au niveau de sa dernière articulation.

3° *Médius.* — Au niveau de la première phalange siége une tuméfaction fusiforme, développée surtout sur son côté externe et occupant toute sa hauteur. La seconde phalange porte vers son extrémité inférieure deux tumeurs analogues à celles de la phalange correspondante du doigt annulaire, mais un peu moins volumineuses. Toutes les articulations sont mobiles.

4° *Index.* — Il n'existe sur ce doigt qu'une seule tumeur, du volume d'une noisette, située sur le côté interne de la deuxième phalange, et occupant toute sa hauteur. Toutes les articulations sont mobiles. La seconde phalange est fortement inclinée en dehors, de manière à former de ce côté un angle obtus avec la première.

Toutes ces tumeurs sont complétement immobiles sur les parties dures qui les supportent. Leur consistance est très dure, analogue à celle du cartilage ; toutefois, en certains points, notamment pour la tumeur la plus volumineuse de l'auriculaire, on perçoit, en comprimant fortement, une sorte de dépressibilité avec sensation de craquement, tout à fait comparable à la sensation que donnerait la compression

d'une coque parcheminée cédant sous le doigt qui l'écrase. Ces tumeurs sont complétement indolentes, à moins que l'on n'exerce sur elles une pression très forte. La peau qui les recouvre est saine et mobile à leur surface, si ce n'est pour la grosse tumeur du petit doigt, sur laquelle le tégument est très aminci et présente une vascularisation notable.

Depuis plusieurs années, le développement des tumeurs du petit doigt est terminé; pour les autres, la malade croit, sans l'affirmer, qu'elles augmentent encore de volume; celle de l'index s'est accrue notablement dans ces derniers mois.

Les mouvements généraux sont gênés et incomplets. La main saisit encore les objets assez facilement; mais elle ne se ferme qu'incomplétement, surtout en raison de la grosse tumeur qui proémine à sa face palmaire. La malade peut se servir, pour ses travaux d'aiguille, du pouce et des autres doigts, dont les articulations sont encore mobiles; mais elle éprouve une grande gêne dans les mouvements qu'elle exécute, et une prompte fatigue succède à tout exercice manuel.

Une saillie fusiforme peu proéminente existe sur la face dorsale du troisième métacarpien. Je n'ai rencontré aucune autre tumeur sur toute la surface du corps, examinée avec grande attention.

D'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, la malade affirme qu'aucun membre de sa famille ne porte de tumeurs semblables à celles dont elle est affectée.

Après quelque temps de séjour à l'hôpital, cette jeune fille fut prise d'une fièvre typhoïde; dans sa convalescence, elle quitta Paris pour aller achever son rétablissement à la campagne.

M. Chassaignac, d'après un autre fait de la même nature, pense que ces tumeurs peuvent rester longtemps stationnaires et suivre un accroissement proportionnel à celui des pièces du squelette avec lesquelles elles sont en rapport. Il a vu à plusieurs reprises une femme qui portait sur la première phalange de l'index droit une tumeur cartilagineuse dont l'apparition remontait à plus de vingt ans. C'est à l'âge de six ans qu'elle s'était montrée; elle avait alors une certaine dimension. Depuis cette époque, la première phalange du doigt s'est développée normalement de manière à doubler environ de longueur et de diamètre; la tumeur sous-jacente a doublé à son tour, ce qui fait qu'aujourd'hui elle conserve par rapport à l'os les mêmes proportions que vers le début du mal.

M. Giraldès. M. Houël vient de parler du fait de M. Virchow. Je demande qu'on ne tienne aucun compte de cette observation, derrière laquelle quelques personnes se sont mises en embuscade. Cette obser-

vation ne deviendra sérieuse que lorsqu'on l'aura complétement publiée. Au lieu de cela, on n'en donne qu'une partie, et on cache le reste pour avoir ensuite le droit de nous dire que nous parlons de ce que nous ne connaissons pas.

M. Giraldès désire de plus que le fait de M. Richet soit publié dans tous ses détails, car les faits d'enchondromes complets sont assez rares; les pièces sont nombreuses, il y en a dans tous les musées, mais on ne possède pas les observations. Or il paraît évident que ces tumeurs peuvent avoir une marche bien différente : les unes peuvent rester stationnaires, les autres s'accroître, récidiver, se multiplier; quelques-unes se ramollir, d'autres s'ossifier, etc., etc.

M. Cloquet a fait plusieurs opérations d'enchondromes; une entre autres, qui remonte à 1830, lui fait penser que ce genre de tumeurs est susceptible de récidiver et de se comporter comme le cancer.

Un jeune homme, fermier à Seine-Port, portait au-devant du sternum, à la partie supérieure de la poitrine, une tumeur du volume de la tête : on ne savait si elle était osseuse ou cartilagineuse. A. Dubois conseilla l'opération, que M. Cloquet exécuta sans se dissimuler ses difficultés et sa gravité. Une incision cruciale mit à nu la production morbide, qui était sessile, aplatie et très solidement fixée à la presque totalité de la face antérieure du sternum; lorsque la partie extérieure fut enlevée avec la scie et la gouge, on aperçut un prolongement profond s'engageant entre les cartilages costaux, qu'il fallut réellement sculpter avec la gouge et le maillet, tant ils étaient confondus avec le reste de la tumeur.

Enfin, tout fut enlevé; il s'écoula peu de sang; il n'y eut pas d'accidents, et la plaie était guérie au bout de six semaines.

Quinze mois s'écoulèrent pendant lesquels l'opéré jouit d'une très bonne santé et se maria; mais bientôt un gonflement parut sous la cicatrice; une tumeur énorme se développa de nouveau, et la mort survint par asphyxie.

Le tissu de la tumeur était blanc, très dense; il offrait tous les caractères du cartilage. Il était parcouru par des canaux très amples analogues aux sinus veineux qui sillonnent le foie. On trouvait encore çà et là des cavités plus ou moins spacieuses.

M. Cloquet dénomma la maladie cancer cartilagineux.

M. Richet n'a rien à ajouter à tout ce qui a été dit; comme M. Chassaignac, il est porté à admettre des enchondromes bénins et des enchondromes malins; cette tumeur peut avoir ces deux manières d'être, comme les tumeurs fibro-plastiques, comme les épithéliomas, etc.

Mais comment faire pour reconnaître d'avance quelle sera l'issue du mal, quels caractères feront prévoir la récidive ou son absence? Le microscope lui-même est impuissant dans ce cas; le diagnostic ne réside donc pas tout entier dans l'anatomie pathologique; il y a autre chose là-dessous que nous ignorons et que l'observation seule peut découvrir.

— M. Sperino lit un travail sur la syphilisation dans lequel il s'attache surtout à réfuter les objections qui ont été faites à son livre par M. Cullerier.

Ce mémoire sera examiné par une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Larrey, Danyau.

— M. Chassaignac montre une pièce de luxation de la hanche remontant à l'enfance et recueillie sur un jeune homme de seize ans. Il pense, en se fondant sur l'état de la cavité cotyloïde, qu'il s'agit d'une ancienne luxation traumatique.

M. Houel combat cette interprétation.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Aristide Verneuil.

Séance du 8 *août* 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Chassaignac donne l'observation de luxation de la hanche dont il a montré la pièce dans la dernière séance. Voici l'analyse du fait (1):

Garçon de seize ans. A l'âge de trois ans, chute sur la hanche. Depuis cette époque seulement, marche difficile et claudication.

Entré à l'hôpital pour un vaste phlegmon diffus dans le membre correspondant, l'articulation coxo-fémorale ne fut pas explorée. On constata seulement une saillie en dehors du grand trochanter. Le malade ayant succombé, l'autopsie a permis de constater une *luxation iliaque non réduite avec formation d'une cavité cotyloïde nouvelle.*

L'ancienne cavité cotyloïde n'est déformée que dans la partie la plus externe, où le sourcil cotyloïdien est manifestement aplati. Elle est recouverte de cartilages et conserve sa profondeur normale. L'arrière-

(1) Observation recueillie par M. Alfred Fournier, interne du service.

fond et le reste de la cavité sont remplis de tissu adipeux qui comble l'excavation tout entière.

La cavité nouvelle qui s'est formée pour recevoir la tête fémorale est régulièrement ovalaire; elle mesure 17 millimètres dans son diamètre transversal et 22 dans le diamètre vertical; elle est bien moins profonde que la cavité cotyloïde. Son fond, qui regarde en bas, en dehors et en avant, est tapissé par un tissu plutôt fibreux que cartilagineux. Le bord de la cavité est assez mince et se continue par une pente insensible avec les portions osseuses voisines. Il donne insertion dans les trois quarts supérieur, externe et inférieur à une capsule très forte; le quart interne rencontre la partie la plus externe du sourcil cotyloïdien déprimé et se confond avec elle.

Les deux cavités cotyloïdes, en effet, se rencontrent à la façon de deux circonférences tangentes. Le cavité normale est interne; l'autre se trouve de plus un peu en arrière et sur un niveau un peu supérieur. La portion la plus élevée de cette dernière correspond à peu près à l'épine iliaque antérieure et inférieure, c'est dire que cette cavité est située à la partie la plus inférieure de la fosse iliaque externe.

La tête du fémur conserve son volume normal; mais au lieu d'affecter la forme sphéroïdale, elle est ellipsoïde, très convexe à sa partie supérieure.

Cette tête est pourvue de cartilage, sauf à son sommet, où l'on ne trouve que des débris fibreux insérés sur une surface raboteuse.

Une très forte capsule réunit les deux os. Cette capsule offre sur le fémur ses insertions normales. Sur l'os coxal, elle prend ses points d'attache sur tout le pourtour des deux cavités. Les deux cotyles sont donc compris dans l'aire d'insertion de cette capsule. Au point où ils se touchent, l'on remarque une très forte bride fibreuse qui, partant du bord supérieur et externe du sourcil cotyloïdien, se dirige obliquement en dehors et en bas pour s'implanter sur la partie la plus inférieure de la cavité cotyloïde nouvelle. Il existe donc un manchon fibreux *complet* qui relie le pourtour des deux cavités cotyloïdes au col fémoral; il ne présente aucune solution de continuité, aucune trace de déchirure ancienne. Il est très fort, surtout à la partie supérieure, qui n'offre pas moins de 6 à 7 millimètres d'épaisseur.

Point de trace de ligament rond. Dans l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, rien qu'une masse adipeuse déjà décrite; sur la tête du fémur, à son sommet, rien autre qu'une petite surface dépourvue de cartilage et recouverte de tissu d'aspect fibreux.

M. Chassaignac ne croit pas que cette lésion soit congéniale; il n'y

a que deux hypothèses possibles : celle d'une luxation traumatique ou coxalgique. Les renseignements font défaut, mais cependant légitiment ces deux dernières suppositions : il serait possible que la chute eût amené le déplacement immédiat ou le déplacement consécutif, en provoquant une coxalgie, ou peut-être seulement une hydarthrose.

Si cette luxation était congéniale, ce qui n'est guère probable, elle servirait à combattre l'opinion de M. Bouvier, qui pense que la réduction de ce genre de déplacement est impossible, car les formes articulaires étaient dans le cas actuel assez bien conservées pour que la rentrée de la tête pût s'effectuer.

M. Houel soutient toujours que la pièce a les principaux caractères des luxations congéniales. La position de la tête, très rapprochée de l'épine iliaque, ne s'observe à peu près jamais dans les luxations traumatiques, si ce n'est peut-être dans une variété très rare dite *luxation sus-cotyloïdienne.* La rupture du ligament n'a aucune signification, et se rencontre également dans les luxations traumatiques et congéniales.

Comme il y a eu chute à l'âge de trois ans, il est difficile de savoir si à cette époque l'articulation était tout à fait normale. Mais cette chute ne prouve pas plus la luxation traumatique qu'une luxation consécutive et symptomatique, par exemple.

M. Bouvier insiste sur la difficulté qu'il y a à distinguer certaines luxations congéniales des luxations accidentelles ou suite de maladies. Ces dernières, par exemple, peuvent survenir pendant la vie intra-utérine, comme le prouvent les faits de MM. Parise, Broca, Verneuil, Morel-Lavallée, et cependant elles diffèrent beaucoup des luxations congéniales telles qu'on les comprend communément.

Les déplacements de cette classe n'ont eux-mêmes aucun caractère anatomique constant. Quant à la réductibilité, M. Bouvier n'en conteste pas la possibilité absolue. Mais il y a deux choses : réduire et maintenir. Ce dernier résultat est le plus difficile, et jusqu'à ce jour M. Bouvier n'a pas une seule observation, un seul cas où la réussite ait été tout à fait incontestable. Mais sa négation tombera le jour où cette réussite lui paraîtra évidente.

M. Chassaignac n'est pas convaincu par les arguments de M. Houël. Ce qui le frappe surtout, c'est l'amplitude très grande de la cavité cotyloïde, qui ne se retrouve dans aucun fait de luxation congéniale.

M. Bouvier répond que Verduc cite déjà, d'après Kerkringius, un fait qui paraît bien observé, et dans lequel on constata précisément cet

agrandissement du cotyle. Plusieurs auteurs, et Paletta entre autres, ont signalé la même particularité.

M. Morel-Lavallée ne croit pas que la maladie en question date de la vie intra-utérine; il pense donc que le déplacement est accidentel et postérieur à la naissance. Dans les luxations congéniales, on peut voir toutefois les cavités agrandies, mais elles sont aussi très déformées. Il n'est pas rare d'observer des dilatations considérables du cotyle, et Sanson a vu cette déformation coïncider avec une très notable hypertrophie de la tête fémorale. A la vérité, il faut se défier de ces altérations de forme de la hanche décrites comme consécutives à des luxations à une époque où on ne connaissait pas encore bien les lésions de l'arthrite sèche.

M. Cloquet, qui a déjà vu quelques faits de ce genre, où les surfaces articulaires, déplacées, avaient néanmoins conservé presque complétement leur forme normale, pense qu'il ne s'agit pas de luxation congéniale ni de luxation traumatique; il croit plutôt à un déplacement lent et progressif, suite de coxalgie. L'inflammation aura ramolli une portion du pourtour osseux de la cavité cotyloïde; celle-ci, échancrée par la pression du fémur, aura laissé ce dernier s'échapper dans la fosse iliaque. Il adopte cette opinion, parce que toutes les autres hypothèses seraient, dans ce cas, passibles d'objections très puissantes.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bidard (d'Arras) adresse une lettre dans laquelle il rend compte de faits qui tendent à prouver que la syphilis n'est point transmissible par l'inoculation du virus vaccin. La lettre sera déposée aux archives.

Rapport sur l'éléphantiasis du scrotum. — M. Larrey achève la lecture de son rapport (au nom d'une commission composée de MM. Monod, Guersant et Larrey) sur le mémoire du docteur Clot-Bey, ayant pour titre : *De l'éléphantiasis des Arabes, et en particulier de celle qui se développe au scrotum. Considérations générales sur la lèpre et l'éléphantiasis.*

C'est par ces considérations que commence le travail; elles tendent à établir une différence très marquée entre les deux maladies.

L'étude spéciale de l'éléphantiasis des Arabes vient ensuite. M. le rapporteur indique d'abord quelques variétés de siége, et aborde la question essentielle de l'éléphantiasis du scrotum. Il examine successivement avec l'auteur l'historique et les diverses dénominations de cette

maladie, son état endémique dans quelques contrées, ses causes probables ou présumées, son siége anatomique, son début, son développement et ses symptômes. Le diagnostic, le pronostic, les terminaisons et l'anatomie pathologique sont indiqués plus succinctement.

Mais la thérapeutique, représentée surtout par l'extirpation de l'éléphantiasis, est appréciée avec les détails que comporte cette opération, d'après divers chirurgiens, et plus particulièrement d'après M. Clot-Bey lui-même.

Quatre observations qui lui appartiennent sont enfin résumées assez complétement pour démontrer le mérite pratique de son travail.

Le rapporteur de la commission, joignant enfin à cette analyse un simple énoncé des autres ouvrages de l'auteur, rappelle aussi les services qu'il a rendus à l'Egypte, et propose pour conclusions :

1° De renvoyer le mémoire au comité de publication;

2° D'insérer le nom de M. le docteur Clot-Bey sur la liste des membres correspondants de la Société de chirurgie.

Une courte discussion s'engage entre MM. Giraldès, Broca et Larrey sur la nature et la signification réelles d'un fait rapporté par Imbert Delonne. On peut douter encore s'il s'agit d'une éléphantiasis du scrotum, d'une hématocèle ou de toute autre affection, malgré la pompe ambitieuse avec laquelle on publia cette observation.

M. Michon demande si l'on est toujours forcé, en opérant l'éléphantiasis du scrotum, de sacrifier les testicules; ce procédé lui paraît un peu rigoureux, et certains malades préféreraient conserver la maladie et en même temps les glandes séminales.

M. Larrey répond qu'en général les testicules sont sains, si ce n'est quand la tumeur a acquis des proportions considérables. Dans ce cas, il faut les sacrifier ; mais, si l'opération au début est admise en principe, il est indiqué de respecter ces organes importants.

M. Gerdy appuie ces préceptes.

— M. Gerdy fournit de nouveaux détails sur l'opération de cure radicale de hernie inguinale qu'il a récemment entreprise. Les suites en ont été très simples : au vingt-quatrième jour, le malade se lève, tousse, marche sans que la hernie s'échappe. La peau est encore invaginée, et il existe dans la région un certain degré d'engorgement. L'observation sera complétée et publiée dans son entier.

— M. Giraldès montre divers instruments destinés à faciliter la section des os dans la résection. Ce sont des ostéotomes, des scies, des gouges, qui se meuvent au moyen d'engrenages particuliers. Ces in-

struments, qui figurent à l'Exposition, essayés sur le cadavre, ont paru utiles à notre collègue et sont dus à M. Nirops (de Copenhague).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr Ar. Verneuil.

Séance du 22 *août* 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Ferdinand Martin montre une malade guérie d'une affection ancienne de la colonne vertébrale avec abcès par congestion.

— M. Chassaignac présente un enfant de six mois qui porte à la région ombilicale une tumeur érectile veineuse d'un assez grand volume. Grosse comme une tête d'épingle à l'époque de la naissance, cette tumeur s'est accrue de jour en jour jusqu'à acquérir trois ou quatre centimètres de diamètre. Elle se compose de deux parties, l'une profonde, l'autre qui occupe l'épaisseur même de la peau ; mais la particularité la plus intéressante réside dans la présence d'une veine sous-cutanée assez volumineuse, qui rampe sur la ligne médiane, au-devant du sternum, et se perd dans la masse érectile. Cette veine, qui se gonfle en même temps que la tumeur, alimente-t-elle seule cette dernière? Dans ce cas, sa ligature pourrait amener la guérison.

Il est plus probable que d'autres vaisseaux se jettent dans la tumeur, et il est à craindre qu'une veine profonde de l'abdomen ne se rende également dans le réseau érectile, ce qui rendrait le pronostic de l'opération beaucoup plus grave.

M. Richet ne croit pas que la veine en question fasse seule communiquer la tumeur avec le reste du système veineux ; cela serait tout à fait insolite.

M. Morel-Lavallée a vu en 1832 un fait analogue dans le service de M. Cloquet, chez un enfant atteint d'une tumeur érectile veineuse de la région temporale. On voyait une grosse veine variqueuse descendant du sommet de la tête et qui se jetait dans la tumeur.

M. Cloquet a souvenir de ce fait et de plusieurs autres tumeurs érectiles d'où paraissaient se détacher des vaisseaux isolés très volumi-

neux. Dans le cas actuel, et avant de rien tenter sur cette veine présternale, il faudrait s'assurer par une exploration, facile du reste, si la veine alimente le tissu érectile à la manière d'un vaisseau afférent, ou bien si elle en sort tout simplement et remporte le sang du lacis vasculaire.

— M. Guersant présente à la Société un enfant de dix mois qui offre une courbure anomale de l'avant-bras avec cicatrice et semi-ankylose du coude. Cet enfant est venu au monde avec cette difformité, et de plus avec une plaie non encore cicatrisée correspondant à la cicatrice qui aujourd'hui est complète. La mère raconte qu'à six mois de conception elle reçut dans le ventre un coup de coude qui fut suivi de douleurs assez vives pendant plusieurs jours, et que son enfant, qui remuait beaucoup d'abord, finit par moins remuer. M. Guersant pense que cet enfant a eu une fracture compliquée de plaie dans le sein de sa mère, et que la plaie n'était pas encore cicatrisée à la naissance; aujourd'hui la cicatrice est complète et le cal vicieusement consolidé. Que faut-il faire?

M. Bonnet (de Lyon) prétend que par des appareils on peut redresser cet avant-bras.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Fabri (de Bologne) adresse trois mémoires *sur la luxation du fémur en arrière.* (M. Broca est chargé du rapport.)

— M. le docteur Bouchacourt, chirurgien en chef (sortant) de la Charité à Lyon, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire *sur l'atrésie vulvaire.* (Commission : MM. Guersant, Debout, Huguier.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Mémoire sur la résection de la clavicule, *Mémoire sur l'ostéo-myélite*, *Du traitement chirurgical de l'anus contre nature par la suture directe ;* par M. Chassaignac.

Les courants électriques peuvent-ils se charger de matières pondérables médicamenteuses et les faire passer dans l'organisme? par M. Guitard.

Observation rare d'hystéro-épilepsie, par M. Legrand du Saulle.

Des propriétés et fonctions de la moelle épinière, rapport de M. Broca.

Des lésions des artères intercostales, par M. Martin. (Envoi pour le prix Duval.)

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— La Société, appelée à voter sur les conclusions du rapport de

M. Larrey, décide que le mémoire de M. Clot-Bey sera renvoyé au comité de publication, ainsi que le rapport dont il a été l'objet.

Le scrutin est ouvert, et M. Clot-Bey est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de chirurgie.

— M. le professeur Bonnet (de Lyon) monte à la tribune pour communiquer les résultats de sa pratique *sur l'incision d'avant en arrière des rétrécissements du canal de l'urètre et sur le débridement suivi de cautérisation par le fer rouge des fistules urinaires.*

M. Bonnet montre d'abord une série d'instruments destinés à pratiquer la section du rétrécissement d'avant en arrière. Il existe, comme on le sait, des rétrécissements d'une résistance extrême à la dilatation, et qui au bout d'un temps très long permettent à peine l'introduction d'une bougie d'un petit diamètre. Il est très difficile d'appliquer à ces cas l'urétrotomie ordinaire, c'st-à-dire d'arrière en avant, parce que les instruments qui servent à cette opération sont trop volumineux et qu'on ne peut pas toujours obtenir le degré de dilatation nécessaire à leur passage; dans ce cas la section antérograde est indiquée; mais celle-ci présente des difficultés considérables.

La plupart des instruments que l'on possède arrivent jusqu'à l'obstacle sans guide et peuvent dès lors faire la section d'une manière infidèle. M. Reybard, à la vérité, a muni l'extrémité de son urétrotome antérograde d'un bout de baleine flexible; mais cette pièce peut se replier au-devant du rétrécissement sans y pénétrer et offre par conséquent peu de sécurité.

M. Amussat a également imaginé de se servir d'un conducteur, qui consiste, comme on le sait, dans une tige métallique d'un petit diamètre; mais il est extrêmement difficile de conduire un fil de cette nature dans le canal et de l'engager dans le point rétréci.

M. Bonnet a eu l'idée de combiner les instruments de MM. Reybard et Amussat, et opère de la manière suivante : après avoir obtenu la plus grande dilatation possible, il traverse le rétrécissement avec une sonde en gomme élastique percée à ses deux extrémités et qui renferme un mandrin métallique filiforme de 60 centimètres de long. La sonde étant retirée, le mandrin reste en place et occupe par conséquent la lumière du rétrécissement. C'est lui qui va servir de guide sûr à une lame qu'on poussera dans le canal et qui divisera le rétrécissement d'avant en arrière. Pour arriver à ce résultat, il suffit d'une petite lancette ajustée à l'extrémité d'une tige métallique; les deux pièces sont perforées suivant leur axe et peuvent glisser d'arrière en avant sur le mandrin préalablement introduit.

Lorsqu'on veut opérer, on engage la portion du mandrin qui est restée au dehors dans le canal central de la tige armée; puis, ce mandrin étant solidement fixé, on pousse sur lui cette tige, qui pénètre dans le canal, arrive jusqu'à la partie antérieure du rétrécissement et le divise sûrement sans qu'on ait à craindre la moindre déviation.

Les premiers instruments de ce genre que M. Bonnet fit construire étaient droits; depuis, il en a fait faire de courbes. Le diamètre de la lame tranchante est variable; cependant on lui donne en général 7 à 8 millimètres.

Il est facile de voir en quoi ce scarificateur diffère des autres instruments analogues, et de celui de M. Maisonneuve en particulier. M. Bonnet ne veut point discuter ici la priorité, puisqu'il s'est inspiré surtout des instruments de MM. Reybard et Amussat; il rappelle toutefois que dès l'année 1848 la *Gazette des Hôpitaux* a reproduit la description et le dessin de cet urétrotome avec les premières observations dans lesquelles il a été mis en usage.

M. Bonnet a employé déjà un grand nombre de fois l'urétrotomie antérograde. L'opération a toujours été simple, rapide, et jusqu'à ce jour il n'a point observé d'accidents graves, point d'infiltration, point d'hémorrhagies. Tout en conservant donc la dilatation comme méthode générale, il n'hésite point à couper les rétrécissements lorsque ceux-ci sont durs, fibreux, inextensibles, lorsqu'ils ont déjà été traités pendant longtemps et sans succès; soit par les bougies, soit surtout par la cautérisation, et enfin lorsque l'introduction des bougies est très douloureuse et accompagnée d'accès fébriles. Cette méthode lui paraît surtout applicable à ces cas compliqués où des fistules nombreuses et invétérées sillonnent les parties molles du périnée et des parties voisines; mais l'innocuité de la section dans des cas aussi graves n'est pas fortuite; elle dépend de la conduite que tient l'auteur dans des cas semblables, dans les opérations préliminaires qu'il pratique, et sur lesquelles il va donner quelques détails.

Les rétrécissements invétérés sont souvent compliqués de fistules multiples qui s'accompagnent à leur tour d'indurations volumineuses, de douleurs vives, d'accidents fébriles et de tous les signes qui accompagnent la rétention d'urine. Malgré la multiplicité de ces fistules, en effet, l'écoulement urinaire peut être suspendu, et on observe les mêmes phénomènes généraux que s'il s'agissait d'un simple rétrécissement très étroit; il semble, en pareil cas, qu'il convienne tout d'abord de lever l'obstacle en s'adressant immédiatement au rétrécissement, de manière à rétablir le cours de l'excrétion. Il semble encore que les

accidents dont les fistules sont le siége doivent céder immédiatement à la section du rétrécissement. Cependant l'expérience a démontré à M. Bonnet qu'il fallait parfois suivre une marche inverse et s'occuper tout d'abord de ce qui ne paraît être qu'un effet secondaire ou une complication.

Lorsqu'en effet on fait l'urétrotomie à des sujets en proie aux accidents généraux de la rétention d'urine, cette opération est souvent suivie de résultats fâcheux, ou du moins ne fait pas cesser les symptômes graves qui mettent la vie en danger. L'auteur commence donc par traiter la fistule, et le moyen qu'il emploie a d'ailleurs pour effet principal d'ouvrir une large voie à l'urine derrière le rétrécissement, et de prévenir ainsi les funestes effets de l'infiltration urinaire qui succède trop souvent à la section de l'obstacle.

Pour cela, M. Bonnet procède tout d'abord à un large débridement des fistules, quelque nombreuses et quelque longues qu'elles soient. C'est ainsi que dans certains cas il a été obligé de fendre le scrotum en deux, d'inciser même tout le périnée d'avant en arrière, c'est-à-dire d'inciser la partie inférieure du rectum et d'ouvrir de longues gouttières remontant jusqu'au-devant du pubis.

Ces débridements doivent aller jusqu'à l'ouverture interne de la fistule, c'est-à-dire jusqu'à l'urètre, et atteindre tous les embranchements secondaires. Le premier effet de ces incisions est, comme on le comprend, d'ouvrir à l'urine une voie d'écoulement tellement large que tous les accidents de rétention cessent instantanément. De plus, les incisions multiples pratiquées dans les tissus indurés et chroniquement enflammés sont, d'un commun accord, très aptes à favoriser la résolution des engorgements dont toutes les parties molles du périnée sont atteintes depuis longtemps.

Cependant, ce premier temps ne paraît pas suffisant à M. Bonnet; il craint encore que des accidents graves, et en particulier l'infiltration, ne succèdent à ces énormes débridements, et il croit indispensable d'y associer la cautérisation. C'est pourquoi toutes les surfaces saignantes sont soumises à la cautérisation au fer rouge. Cette cautérisation doit être faite avec énergie, sans épargner le moindre point, et même être assez profonde. On a dû, dans quelques cas, éteindre jusqu'à douze à quinze cautères dans les anfractuosités de la plaie.

On est tout d'abord effrayé à l'énoncé d'une semblable pratique; mais on se rassure en observant les suites très simples de ces terribles opérations. En effet, l'état général s'améliore rapidement, les tissus indurés se dégorgent, la région reprend sa forme naturelle, les plaies

revêtent un très bon aspect ; en un mot, on revient à des conditions beaucoup plus favorables à la cure du rétrécissement lui-même. C'est, en général, au bout de quinze à vingt jours qu'on peut passer à la seconde opération, c'est-à-dire à l'urétrotomie. On la pratique d'avant en arrière, par le procédé décrit plus haut, et tout se passe avec une grande bénignité. L'urine qui coulait largement par les fistules s'engage de plus en plus par l'urètre, puis les plaies périnéales se guérissent et la guérison est obtenue dans des cas réellement désespérés.

M. Bonnet indique sommairement quelques cas dans lesquels il a eu recours à sa méthode et qui ont été couronnés de succès.

En résumé, le traitement comprend donc deux phases distinctes : une phase préparatoire, qui comprend les débridements et la cautérisation ; elle a pour but de faire cesser les accidents généraux, d'ouvrir une large voie à l'urine et aux liquides qui infiltrent les parties molles traversées par les fistules. La seconde phase comprend la cure du rétrécissement devenu beaucoup moins sensible, beaucoup plus tolérant. On laisse ordinairement s'écouler un certain temps entre les deux opérations ; mais à la rigueur, et dans des circonstances exceptionnelles, on peut dans une même séance exécuter tous les temps, c'est-à-dire agir sur les fistules et sur le rétrécissement.

M. Robert demande quelques détails sur la manière dont on incise les fistules. L'ouverture cutanée de ces dernières est située quelquefois fort loin sur le dos de la verge, à la région pubienne, à la fesse. Le débridement de ces fistules doit exiger des incisions d'une étendue effrayante. Doit-on toujours l'entreprendre ? Comment le faire sans conducteur ? comment suivre tous les trajets secondaires ? Ne risque-t-on pas d'entamer l'urètre ? Et quand il existe plusieurs ouvertures à ce canal, doit-on les réunir par l'incision ?

M. Bonnet. On a soin de placer préalablement une sonde dans l'urètre, afin d'éviter autant que possible la lésion de ce canal. Au reste, cela est moins difficile qu'on ne le pense. En effet, lorsque l'urine a perforé l'urètre, elle dilate ordinairement le tissu cellulaire ambiant, de façon à former une sorte de première cavité, de sac plus ou moins spacieux duquel partent les trajets fistuleux. Lors donc qu'on incise ces derniers de dehors en dedans, on arrive à cette poche juxtaposée à l'urètre sans atteindre celui-ci. Quant aux fistules qui viennent s'ouvrir sur la face dorsale du pénis, elles contournent les corps caverneux et aboutissent comme les autres à la paroi inférieure et latérale de l'urètre ; on n'a donc pas besoin de fendre la verge, car le trajet est toujours sous-cutané. M. Bonnet a pu s'en convaincre dans le cours de

ses opérations, qui sont de véritables autopsies faites sur le vivant. Quelle que soit l'étendue des trajets fistuleux, il ne faut pas hésiter à les ouvrir largement et en se servant de la sonde cannelée. Il faut de même poursuivre tous les embranchements, et le scrotum, dans plusieurs cas, a dû être fendu complétement d'avant en arrière.

Ce n'est point dans ces débridements que l'urètre court les plus grands dangers, c'est plutôt dans la cautérisation. Celle-ci, en effet, doit être faite avec beaucoup de précautions, surtout lorsqu'on la porte dans la profondeur, sans quoi on risque de mortifier les parois du canal. C'est ce qui est arrivé à M. Bonnet sur un malade qu'il opéra à Naples. Il avait sans doute porté le fer rouge avec trop de hardiesse dans la profondeur; toujours est-il que le rétrécissement avait été détruit, et que l'on put voir, quelques jours après, la sonde mise dans l'urètre à nu dans le fond de la plaie dans une étendue de cinq centimètres. M. Bonnet fut d'abord très inquiet de cette circonstance; mais sa cure s'en fit nonobstant, et depuis il a su que le malade avait été guéri au bout de huit mois, qu'il urinait très bien, et qu'il avait même fait un enfant. La destruction d'une aussi grande longueur du canal n'avait pas, comme cela était à craindre, amené l'oblitération de ce dernier. M. Palasciano, chirurgien de Naples, avait été témoin de cette opération et de ses suites, et c'est de lui que M. Bonnet a appris l'issue ultérieure du traitement. Le chirurgien napolitain fut tellement frappé des résultats extraordinaires de cette méthode qu'il l'a adoptée à son tour, et qu'il en est aujourd'hui à sa quinzième opération. Il la pratique même avec plus de hardiesse, moins de tâtonnements que M. Bonnet, car il a supprimé le temps que ce dernier mettait entre les deux phases de la cure, c'est-à-dire que dans une même séance il pratique le débridement, la cautérisation et l'urétrotomie.

Dans tous les cas, c'est à la cautérisation qu'il faut attribuer tout l'honneur de ces guérisons inespérées; c'est elle qui prévient les infiltrations d'urine, qui dégorge les tissus indurés et qui replace les parties molles dans les conditions favorables à la cicatrisation. Le fer rouge remédie en particulier à ces accidents septiques, à ces absorptions funestes qui se font à la surface des plaies en contact avec l'urine; elle a ici les mêmes avantages que dans toutes les plaies empoisonnées, et M. Bonnet rappelle à ce propos les succès qu'il a obtenus, grâce à son emploi, dans des inoculations virulentes à la suite de piqûres anatomiques et dans des cas d'infection purulente au début. Plusieurs élèves en médecine de Lyon ont dû leur salut à la cautérisation énergiquement pratiquée pour des accidents d'amphithéâtre.

M. Guersant cite à l'appui des opinions de M. Bonnet les succès qu'il a obtenus par l'emploi du fer rouge dans les fistules périnéales qui suivent la taille chez les enfants. Après avoir essayé sans avantage plusieurs moyens; après avoir renoncé aux sondes à demeure, que les enfants ne peuvent supporter, il a eu recours à des cautérisations répétées plusieurs fois à cinq ou six jours de distance avec un stylet rougi. Le fer est porté jusqu'à l'urètre, et il n'en résulte aucun inconvénient.

M. Adolphe Richard demande à M. Bonnet ce qu'il pense de l'urétrotomie comme moyen curatif des rétrécissements de l'urètre.

M. Bonnet. La dilatation est la méthode générale, elle doit toujours être tentée. Si à son aide on peut obtenir huit millimètres d'ouverture, on doit s'en contenter; mais si ce degré ne peut être atteint, s'il existe des complications de fistules, d'indurations, d'infiltrations purulentes et urinaires ; si le canal est très sensible, le cathétérisme très douloureux, les accès fébriles souvent répétés, la section devient nécessaire, il suffit qu'elle atteigne huit millimètres, et alors elle est innocente ; si la lame est plus large, si l'incision atteint 10 à 12 millimètres de profondeur, alors on peut voir survenir des accidents.

Lorsque l'on a affaire à des rétrécissements dont la dilatation à huit millimètres exige trois ou quatre mois, il est préférable de recourir de suite à l'urétrotomie.

M. Ricord. On dit généralement que les résultats de l'urétrotomie sont bien différents suivant que l'incision dépasse les limites du tissu malade ou n'atteint que ce dernier. M. Bonnet vient de confirmer cette idée générale en disant que, grâce aux dimensions restreintes qu'il donne à la section, il n'a pas éprouvé d'accidents. Or, tout le monde n'est pas aussi heureux, même en suivant les mêmes préceptes. Pas plus que d'autres M. Maisonneuve n'est à l'abri des hémorrhagies ; tout récemment un jeune homme ami de l'interne de M. Ricord fut opéré par M. Maisonneuve, et quoique ce chirurgien avance que son procédé amène à peine l'écoulement de quelques gouttes de sang, le jeune homme en question fut néanmoins pendant deux jours de suite atteint d'une hémorrhagie extrêmement grave, incoercible, et qui le mit à deux doigts de sa perte.

M. Ricord lui-même, qui fait pourtant des incisions fort modérées, a vu survenir des hémorrhagies bien graves, bien rebelles. Il y a une semaine à peine, il pratiqua trois opérations d'urétrotomie; la section ne dépassait pas 7 à 8 millimètres. Un des opérés cependant eut une

hémorrhagie excessivement considérable qui dura plus de trente heures et qui était réellement inquiétante.

Les accidents nerveux, les accès de fièvre pernicieuse accompagnent également les incisions modérées, et sont loin d'être rares, M. Ricord a perdu de cette façon un de ses malades il y a quelques années. Un des trois opérés de la semaine dernière a été exposé à ces phénomènes si graves. Sa vie a été fortement compromise; enfin il s'en est tiré, mais après avoir suscité les plus vives inquiétudes. C'est la fréquence extrême de cette complication qui motive l'emploi préventif du sulfate de quinine chez tous les malades soumis à des opérations sur l'urètre, pratique qui depuis quelques années a, dans les mains de M. Ricord, diminué très notablement la proportion de ces phénomènes graves.

Pour juger les méthodes, il faut tout dire et proclamer les risques très nombreux que l'on court lorsqu'on porte un instrument dans l'urètre. Les trois derniers opérés en offrent un exemple frappant, puisque chez un seul l'opération n'entraîna rien d'insolite, tandis que chez les deux autres la vie fut mise en question par l'hémorrhagie ou les accès fébriles pernicieux.

Il faut encore avouer que, si les grandes incisions entraînent des dangers menaçants, elles ont parfois des suites assez simples, et reconnaître jusqu'à un certain point, avec M. Syme, qu'elles peuvent être moins graves que les scarifications limitées. M. Ricord a tout récemment traité, avec M. Le Roy-d'Etiolles, un malade qui justifierait assez bien ces idées. Affecté d'un rétrécissement infranchissable, traité autrefois par l'excision, ce malade avait une rétention d'urine complète et était menacé d'une rupture de la vessie. Une fausse route, pratiquée au-devant du rétrécissement, pénétrait jusque dans le scrotum et rendait menaçante une variété particulière d'infiltration urinaire qui a pour point de départ une perforation du canal antérieure au point rétréci. Le cas était grave, les accidents pressants. On fit la ponction sus-pubienne dans l'espoir qu'au bout de quatre à cinq jours le dégorgement survenu dans la région permettrait de franchir l'obstacle. Mais, malgré ce qu'on a dit de l'efficacité de ce moyen, l'espoir fut déçu, et le rétrécissement resta infranchissable comme devant. Toutefois l'évacuation de l'urine fit cesser les accidents do la rétention et ramena le calme. La vessie se vida très bien par la canule pendant quelques jours; mais lorsqu'on voulut remplacer le trocart par une sonde de gomme élastique, toutes les tentatives échouèrent sans qu'on pût bien savoir pourquoi. Il en résulta une nouvelle complication : la canule métallique, bien supportée dans les premiers temps, irrita à la longue

la vessie et fit naître tous les symptômes qui accompagnent la présence d'un calcul vésical; les douleurs redevinrent très pressantes, et comme le cathétérisme était toujours impossible, il fallut se décider à opérer par la méthode de Syme. L'emploi d'un conducteur était impossible; il fallut faire sur la ligne médiane une incision étendue depuis la racine des bourses jusqu'à 15 lignes environ de l'anus. M. Le Roy chercha vainement à atteindre l'urètre, ce qui n'était pas facile au milieu des tissus engorgés et indurés. M. Ricord fut plus heureux; il parvint, non sans peine, à la portion membraneuse, et à inciser l'urètre. Grâce à cette incision, il introduisit dans la vessie une sonde qui restait visible dans l'étendue de 6 centimètres au moins au fond de la gouttière saignante qu'on venait de pratiquer.

On tenta de faire le cathétérisme du rétrécissement d'arrière en avant, mais sans succès. M. Ricord, introduisant alors un instrument par le méat urinaire, le poussa jusqu'au rétrécissement, et fit au-devant de celui-ci une fausse route volontaire à la paroi inférieure de l'urètre, afin de rejoindre l'incision périnéale. Cette fausse route à son tour fut débridée dans une petite étendue, et enfin, avec des ciseaux, on coupa longitudinalement le point où portait le rétrécissement, c'est-à-dire le pont qui séparait encore les deux sondes. On jugea prudent néanmoins de laisser en place ces deux sondes, qui s'entre-croisaient au niveau du rétrécissement, dans la crainte de ne pouvoir réintroduire facilement une sonde unique dans la partie postérieure de l'urètre et de la faire parvenir dans la vessie. Trois jours après on put mettre cette sonde unique, introduite par le méat et allant jusqu'au réservoir urinaire. Il fut également possible de remplacer la canule du trocart par une sonde de gomme.

Cette opération fut longue et pénible; elle entraîna des dégâts horribles, et l'aspect du périnée était affreux. Cependant les suites furent on ne peut pas plus innocentes; il n'y eut pas un seul instant de fièvre; les accidents de rétention et d'inflammation vésicale cessèrent tout d'un coup; il y eut seulement deux vomissements de matière verdâtre, mais sans malaise, sans sensibilité du ventre.

Au septième jour, le malade, qui se sentait très bien et qui était fort impatient, se leva et se promena dans sa chambre. Une hémorrhagie survint, mais fut aisément maîtrisée par le tamponnement et l'application de la glace.

Aujourd'hui, vingtième jour après l'opération, tout est dégorgé et tend a se cicatriser; une bougie de 8 millimètres traverse l'urètre; l'état général est parfait.

Quant à la destruction d'une partie de l'urètre, que M. Bonnet a observée par accident, M. Ricord comprend qu'elle n'ait pas amené l'oblitération du canal et que la réparation ait pu se faire ; c'est ce qui arrive quelquefois pour la région membraneuse; il n'en serait pas de même pour la portion spongieuse. Il a vu avec M. Monod une fistule périnéale avec destruction d'une partie de la région membraneuse; les deux tiers au moins de la circonférence de l'urètre avaient disparu. La sonde à demeure, la cautérisation avaient échoué. M. Ricord fit l'avivement dans l'étendue de 4 centimètres, et, à l'aide de la suture profonde enchevillée et de la suture superficielle à points passés, il a obtenu une guérison complète.

M. Michon. La communication de M. Bonnet renferme deux points, l'un déjà connu, l'autre tout à fait neuf. Ce que tout le monde connaît, c'est l'efficacité du débridement des fistules urinaires, des incisions larges et multipliées dans les périnées calleux et infiltrés de pus et d'urine; ces préceptes donnés par les maîtres, M. Michon les a suivis avec le plus grand succès; il a vu les accidents graves cesser, la résolution des tissus engorgés s'effectuer, les fistules s'oblitérer, etc., etc.

Il en est autrement de la cautérisation. M. Bonnet, après avoir fait un large fossé avec l'instrument tranchant, ne craint pas d'y éteindre jusqu'à douze ou quinze cautères rougis à blanc. Voici ce qui est neuf, voici sur quoi il demande quelques éclaircissements. M. Bonnet a recours à ce moyen pour prévenir l'infiltration d'urine après les incisions; mais cette infiltration est-elle bien à craindre? Le bistouri a traversé des tissus indurés, calleux, dans lesquels cette infiltration n'est guère à craindre, et dans ce cas la cautérisation ne paraît pas indispensable. M. Bonnet pense également que cette opération est favorable à la résolution des indurations; mais cette résolution elle-même s'obtient par les seules incisions, et M. Michon a vu dans les cas d'engorgement du périnée, comme dans les hydrocèles avec épaississement de la tunique vaginale, l'incision suffire pour assouplir les tissus endurcis et chroniquement enflammés.

M. Michon comprend l'utilité de la cautérisation comme moyen préventif de l'infiltration alors que les fistules sont récentes et que les tissus ambiants ne sont pas encore indurés; mais, lorsque le débridement intéresse même le rectum, n'a-t-on pas à craindre les fistules stercorales ?

En un mot, tout en admettant qu'on peut retirer de très grands avantages de la cautérisation dans les cas où l'on craint l'intoxication urineuse, M. Michon croit que cette pratique sera rarement applicable

dans les cas de fistules, à cause de la répugnance que les malades auront à s'y soumettre. Dans les cas graves, cependant, cette répulsion cesserait, car les sujets en proie aux angoisses de la rétention d'urine se prêtent volontiers à tout ce qu'on veut leur faire.

M. Bonnet répond d'abord à M. Ricord. Il n'a point observé d'hémorrhagies, parce que, grâce à la précision de son instrument, qui coupe sans appuyer sur la paroi inférieure de l'urètre, il est sûr de ne jamais dépasser une section de 7 à 8 millimètres. Pour les accidents fébriles pernicieux, il en reconnaît le danger et il les redoute beaucoup. Cependant il les a rarement observés, ce qu'il attribue à la longue préparation qu'il fait subir au malade avant d'inciser l'urètre. Il prévient réellement leur apparition en faisant cesser longtemps d'avance les phénomènes de la rétention d'urine et l'état général grave qui l'accompagne. La cautérisation agit aussi comme moyen préventif efficace.

S'il avait eu à traiter le malade dont M. Ricord a raconté l'histoire, il aurait immédiatement incisé l'infiltration au lieu de faire la ponction. Le malade aurait pissé plus tard.

M. Bonnet trouve très justes les distinctions établies par M. Michon. Il y a en effet des cas où le périnée est induré dans toute son épaisseur, où les fistules sont entourées de callosités, et des cas où ces complications n'existent pas. La cautérisation est évidemment moins nécessaire dans la première catégorie; mais cependant elle est encore souvent utile, car les callosités, l'induration, quelquefois très manifestes à l'extérieur et dans une étendue plus ou moins considérable, n'occupent pas toujours le trajet fistuleux tout entier, et vers la profondeur on peut voir celui-ci en rapport avec un tissu cellulaire lâche qui ouvre la voie à l'infiltration; c'est ce qui arrive en particulier au voisinage de la racine de la verge.

Alors même que tout est induré et que les parties molles se coupent nettement comme une racine de navet, la cautérisation a le grand avantage de modifier profondément les tissus, de détruire cette pseudo-muqueuse qui tapisse les trajets, membrane qui si souvent est réfractaire à la réunion et qui reproduit la maladie quand toutes les parties intermédiaires se cicatrisent sans peine.

Quant aux cas où l'infiltration est récente, où les fistules ont encore des parois flexibles, où le tissu qui les sépare est encore mou, ici l'infiltration est tellement à craindre que la cautérisation est indispensable.

M. Ricord, en parlant des hémorrhagies, n'a voulu faire allusion à aucun autre urétrotome qu'à celui qui lui est propre, et qui coupe avec

une rigueur extrême sans dépasser jamais la limite qu'on veut atteindre. Cependant il a observé plusieurs faits d'hémorrhagies ; cela tient-il au lieu où porte l'incision ? De même que M. Maisonneuve et que plusieurs autres , M. Ricord incise sur la paroi inférieure de l'urètre, afin d'éviter les vaisseaux les plus volumineux ; M. Bonnet , au contraire, incise latéralement ; est-ce pour cela qu'il n'a pas encore observé d'hémorrhagies ? Il faut bien se rendre compte de ces différences dans les résultats autrement que par les dimensions des incisions , puisque dans les deux pratiques ces dimensions sont à peu près les mêmes.

Probablement M. Bonnet n'a pas bien compris la relation du fait que M. Ricord a raconté tout à l'heure ; l'incision n'aurait pas dans ce cas remédié aux accidents , puisque la fausse route et l'infiltration existaient au-devant du rétrécissement.

M. Robert est frappé de voir que la simple scarification des rétrécissements amène des hémorrhagies graves , des accidents fébriles redoutables, des infiltrations d'urine , en un mot, des dangers très réels et jusqu'à des cas de mort. Dans l'opération de M. Reybard, il y a aussi des accidents et aussi des terminaisons funestes ; mais les craintes motivées diffèrent un peu. L'infiltration entre à peine en ligne de compte après l'urétrotomie du chirurgien lyonnais ; les accidents fébriles ne sont pas plus communs. L'hémorrhagie seule est à craindre, et M. Reybard la redoute beaucoup. Or cet accident est peut-être celui auquel il est le plus facile de remédier ; en effet , malgré sa persistance, ses récidives, l'écoulement sanguin a toujours pu être définitivement arrêté, soit par la glace, soit par la compression extérieure, soit par les sondes volumineuses intérieures, etc.

De telle façon que, si on met dans la balance les accidents qu'entraînent les grandes incisions et ceux qui découlent des petites, et surtout la prise qu'on a sur eux , on en arrive à incliner vers les premières. C'est pourquoi M. Robert profite de la présence de M. Bonnet , qui a vu les débuts de la méthode de M. Reybard, pour lui demander quelle est son opinion réelle sur sa valeur.

M. Bonnet ne saurait donner à M. Robert les renseignements que celui-ci désire. Il est manifeste qu'il a accueilli avec faveur les procédés de son confrère lyonnais , puisqu'il lui a emprunté diverses idées , et entre autres celle de l'instrument présent ; cependant il a vu depuis et a été informé d'accidents sérieux survenus à la suite d'opérations pratiquées par l'auteur lui-même. Il ne s'agissait point , il est vrai , d'infil-

trations d'urine, mais d'hémorrhagies très rebelles, très intenses, qui auraient été jusqu'à entraîner la mort des malades.

M. Robert. Il est notoire que les simples scarifications ou, en d'autres termes, que la coarctotomie est impuissante à procurer la cure des rétrécissements ; il faut revenir ultérieurement à l'emploi persévérant des bougies, comme si aucune opération n'avait été faite.

Si, dans l'immense majorité des cas, c'est-à-dire 19 fois sur 20, la dilatation seule est indiquée et suffisante à pallier le mal, il est évident aussi que dans certains cas de rétrécissements traumatiques, de rétrécissements anciens, fibreux, interstitiels, traités déjà par plusieurs méthodes, les bougies sont absolument inefficaces. Dans ces cas, assez communs et extrêmement graves, l'urétrotomie est la seule ressource sérieuse. M. Reybard lui-même avait essayé des petites incisions ; il y a renoncé, et c'est ce qui l'a conduit à sa méthode. On voit dans les hôpitaux d'anciens malades traités également par M. Civiale, et qui sont en pleine récidive. Il est incontestable que la coarctotomie n'est tout simplement que palliative.

Or, en présence même de ces cas si désespérés, on peut encore espérer la cure radicale. La méthode de M. Reybard a résolu le problème, et il existe des faits qui ne laissent pas le moindre doute à cet égard. Ces faits, on en a vu à Paris ; l'Académie en a constaté ; M. Bonnet en a vu (M. Bonnet fait un signe d'assentiment) ; il ne s'agit donc plus que de peser les chances des accidents et de chercher la manière de les prévenir ou de les combattre.

M. Bonnet. La méthode de M. Reybard a certainement des avantages ; mais elle a aussi des inconvénients. Le volume des instruments est certainement une difficulté, à cause du grand degré de dilatation que leur introduction exige, puis l'auteur a eu tort de l'appliquer à des cas trop simples, et de ne pas le réserver aux seuls rétrécissements invétérés. En voulant aller trop loin, il a compromis la valeur de l'opération.

M. Marjolin. Les opérations sanglantes destinées à donner une issue immédiate à l'urine étant toutes très graves, je regrette beaucoup que, dans la discussion qui a précédé, la Société ne se soit nullement préoccupée de l'indication qui les réclame d'une manière absolue, ainsi que de leur fréquence et du moment de l'application de la méthode. Les causes qui s'opposent au libre écoulement de l'urine sont trop différentes pour que l'on puisse, en tant qu'on est obligé de recourir à une opération, choisir toujours la même. On ne peut en aucune façon comparer l'hypertrophie de la prostate à un ré-

trécissement traumatique de l'urètre. Tel cas réclamera la ponction de la vessie, tel autre l'opération de Syme. Faut-il maintenant, pour recourir à ces méthodes, qui toutes deux sont essentiellement graves, attendre que les reins ou la vessie aient subi des altérations telles qu'elles ne laissent aucune chance de succès à l'opérateur? Je ne le pense pas, mais je crois aussi que dans ce moment on est beaucoup trop porté aux opérations. La dilatation faite avec prudence trouve rarement des obstacles insurmontables; et là où une sonde d'un calibre moyen peut passer, il n'est pas d'une pratique sage de recourir soit à des incisions du canal de l'urètre, soit à toute autre opération sanglante.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Arist. Verneuil.

Séance du 5 septembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre un malade auquel il a enlevé, il y a dix-huit mois, une tumeur des fosses nasales qui prenait son insertion à la partie postérieure de cette cavité, derrière le voile du palais. Il avait mis en usage un procédé opératoire qui ouvre une voie très large et consiste à isoler le nez des joues par deux incisions parallèles verticales qui portent sur les sillons latéraux. La cloison étant ensuite divisée, le nez est relevé en haut comme un lambeau à base supérieure. Aujourd'hui la maladie a récidivé, et une tumeur volumineuse soulève la peau de la partie moyenne du nez, la cloison des fosses nasales est détruite, ainsi que la paroi interne des sinus maxillaires, le plancher des orbites, la voûte palatine, etc., etc.

M. le Président annonce que MM. Lebert (de Zurich) et Rothmund (de Munich) assistent à la séance.

M. Vidal déclare que, malgré les opinions qui ont été émises dans la dernière séance, il persiste dans son opposition à l'urétrotomie.

M. Guérin donne lecture d'un passage extrait d'un livre écrit en 1840, par M. Dupierris ; passage dans lequel on signale un instrument imaginé depuis longtemps par M. Stagfford, et qui est construit exac-

tement comme celui que M. Bonnet a montré dans la séance dernière. On emploie, en effet, un fil d'argent conducteur long de 30 pouces, qui s'engage dans une canule perforée à ses deux bouts, et qui pénètre le rétrécissement. On remplace cette canule par un mandrin creux armé d'une lamelle à double tranchant, qu'on conduit à l'aide d'un stylet jusqu'au rétrécissement, qui est ainsi divisé d'avant en arrière.

Cette invention est donc beaucoup plus ancienne qu'on ne le suppose, puisque M. Dupierris l'extrait lui-même d'un travail qu'il signale comme très peu connu (1).

M. Guersant montre la sonde dont il se sert pour cautériser les fistules qui suivent la taille; c'est une sonde métallique qui porte sur sa convexité une fenêtre qu'on place au niveau de la fistule; le stylet rougi peut être poussé jusqu'à la rencontre de la sonde, sans qu'on ait à redouter la cautérisation de la paroi opposée du canal.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey présente à la Société la thèse de M. Boucquerot, aide de clinique au Val-de-Grâce, sur *les lésions traumatiques du rachis et de la moelle épinière.*

— M. le docteur Foucaud de l'Espagnery fait hommage à la Société du *Traité du visage et de ses maladies cutanées.*

RAPPORTS.

Nouveau traitement rationnel du chancre. — M. Cullerier lit le rapport suivant sur un travail de M. Hammer sur ce sujet. Ce rapport sera discuté dans les séances suivantes.

Vous nous avez chargés, MM. Ricord, Gosselin et moi, de vous rendre compte d'un mémoire qui vous a été lu par M. le docteur Hammer, de l'université de Manheim, sur un nouveau traitement rationnel du chancre.

Pour l'auteur de ce travail, le chancre est à la syphilis comme la cause est à l'effet. Tout chancre pris à sa période de progrès se reproduit à l'infini par voie d'inoculation et se termine soit par la guérison, soit par son passage à une autre maladie. Dans le premier cas, il se débarrasse peu à peu du pus spécifique, se transforme en une ulcéra-

(1) Voir *Mémoire sur les rétrécissements organiques de l'urètre et sur de nouveaux instruments de scarification*, etc., par Martial Dupierris (de la Nouvelle-Orléans). Page 58. — Germer-Baillière. 1840. In-8° de 120 pages.

tion simple, puis il se cicatrise ; dans le second cas, avant de se cicatriser, il s'indure.

Si, après avoir passé par la période de réparation, le chancre se cicatrise sans s'être induré, jamais il n'y a d'infection générale, le chancre dût-il prolonger sa période de progrès pendant des années. Aussi, dit M. Hammer, j'ai toujours vérifié l'exactitude de la loi posée par M. Ricord : point d'induration du chancre, point d'infection constitutionnelle ; et je n'ai pas encore vu un seul cas de syphilis générale où il ne m'ait été possible de retrouver l'induration antécédente, soit par l'examen direct des parties, soit par le récit des malades. D'où il suit, continue notre auteur, qu'entre l'accident primitif et les symptômes secondaires il y a un intermédiaire indispensable, et que cet intermédiaire c'est l'induration. Ce qui permet très légitimement de conclure que si le chancre est la cause de la syphilis générale, il n'en est pas la cause immédiate, mais bien médiate.

Comment se forme l'induration du chancre? Jusqu'ici nous ne le savions guère ; nous constations le fait, mais nous ne pouvions pas en donner d'explication ; M. Hammer va nous l'apprendre. Suivant lui, lorsque l'ulcération est formée, il s'organise sous l'influence du pus chancreux une membrane pyogénique qui jouit de deux propriétés essentielles : la première, de reproduire du pus chancreux ; la seconde, de livrer passage à ce même pus à titre de membrane endosmotique, de laisser passer ce pus dans le tissu cellulaire où il détermine la formation d'un produit pathologique nouveau, d'une tumeur fibro-plastique. L'auteur insiste beaucoup sur cette transsudation du pus chancreux à travers la membrane pyogénique, parce que, pour lui, c'est là que gît tout le secret de l'induration et, ajoute-t-il, tout le secret du traitement rationnel des ulcérations syphilitiques.

Qu'est-ce en effet, à proprement parler, que l'induration? demande M. Hammer à l'école syphiliographique moderne, qui lui répond : L'induration, c'est le signe le plus certain et le premier signe de la syphilis constitutionnelle. Il dit que c'est là une erreur manifeste ; que l'induration, loin d'être le résultat, la localisation première d'une viciation générale des humeurs, est au contraire un état tout local et le point de départ de la dyscrasie générale ; que le virus syphilitique n'est pas absorbé par les veines, M. Ricord ayant démontré que le pus chancreux mélangé avec le sang perd instantanément ses propriétés inoculables ; que le virus n'est pas davantage absorbé par les lymphatiques, les premiers ganglions lui opposant une digue infranchissable ; que si le passage du pus chancreux est impossible par l'une et l'autre voie, il

faut bien chercher ailleurs la cause de l'infection générale; et qu'enfin c'est à la modification que le contact des éléments fibro-plastiques de l'induration imprime à la masse du sang que peut seulement se trouver la cause unique, immédiate et possible des phénomènes de la syphilis générale.

Ainsi, suivant M. Hammer, le chancre ne peut produire que le chancre; mais il est de l'essence des éléments fibro-plastiques de l'induration d'engendrer les accidents constitutionnels. On voit dès lors en quoi consiste le traitement rationnel que l'auteur va nous indiquer.

Puisque c'est par la circulation des éléments fibro-plastiques qu'a lieu l'infection générale, c'est à empêcher leur passage dans le sang que doit tendre toute thérapeutique intelligente ; en un mot, le seul but du traitement rationnel proposé par M. Hammer est de maintenir le chancre à l'état d'affection toute locale, sans retentissement sur l'économie.

Ce traitement se distingue en traitement général et en traitement local. Le premier consiste à éloigner toutes les causes qui peuvent tendre à favoriser la transsudation endosmotique du pus chancreux, et, aux yeux de M. Hammer, rien ne dispose mieux à cette transsudation que l'emploi du mercure ou la médication connue sous le nom de *cura famis*. Il veut au contraire que le malade ne fasse usage d'aucun médicament interne, et qu'il soit soumis à une alimentation tonique et copieuse qui a pour effet d'entretenir l'abondance des humeurs et la réplétion des vaisseaux.

Le traitement local consiste à entretenir dans l'ulcération et dans les parties voisines un état de congestion capillaire permanente. M. Hammer avait songé d'abord à appliquer sur la verge, en arrière du chancre, soit un bandage compressif, soit un linge trempé dans le collodion. Ces moyens ne lui ayant pas paru exempts d'inconvénients, il eut recours à des fomentations aromatiques locales entretenues jour et nuit ; mais c'était là un mode de traitement bien gênant ; et malgré les succès qu'il en avait obtenus sur trois malades qu'il y avait soumis, il y renonça, et c'est alors qu'il s'arrêta à l'idée de l'appareil tout spécial qu'il a mis sous les yeux de la Société de chirurgie. Cet appareil consiste en un manchon de caoutchouc vulcanisé qui embrasse la base de la verge, en un cylindre de verre qui fait suite au manchon et qui contient le reste de l'organe. On fait le vide dans cet appareil à l'aide d'une sphère de caoutchouc placée à l'extrémité du cylindre. Une soupape située dans l'ajutage en cuivre, intermédiaire au verre et à la sphère élastique, empêche la rentrée de l'air quand on a dévissé la

sphère. L'avantage de cette ventouse est de permettre d'observer à travers le verre le degré de congestion obtenu et l'état de l'ulcération sans avoir à démonter l'appareil ; c'est aussi d'être très portatif et de permettre aux malades de vaquer à leurs occupations exactement comme s'ils n'avaient aux parties génitales qu'une lésion traumatique légère.

Le mémoire de M. Hammer se termine par un certain nombre de propositions dont je me contenterai de donner les principales, celles qui ont plus directement trait à l'exposition des idées de l'auteur et qui en font mieux saisir l'esprit. C'est lui-même qui les a rédigées.

1° Le virus syphilitique renferme un principe spécial dont nous ignorons absolument l'essence naturelle.

2° Le chancre est à la syphilis constitutionnelle comme la cause est à l'effet, c'est-à-dire, le chancre n'est pas la cause immédiate, mais bien médiate de la syphilis constitutionnelle; l'intermédiaire c'est l'induration spécifique, qui ne manque jamais.

3° Point d'induration, point d'infection générale.

4° Le pus chancreux agit de deux façons : 1° mécaniquement; 2° spécifiquement.

5° L'action spécifique du pus chancreux s'opère à la surface d'une membrane pyogénique en vertu du pouvoir catalytique.

6° L'induration spécifique est l'effet du passage du pus chancreux à travers la membrane pyogénique dans le tissu cellulaire, et doit aussi sa naissance à l'action catalytique.

7° Le pus chancreux n'est pas absorbé dans le torrent circulatoire ni par les veines, ni par les vaisseaux lymphatiques.

8° L'infection générale s'opère par le passage dans le torrent circulatoire des éléments fibro-plastiques dont est formée l'induration.

9° Empêcher la formation de l'induration, c'est empêcher la syphilis constitutionnelle.

10° Empêcher la transsudation endosmotique du pus chancreux à travers la membrane pyogénique dans le tissu cellulaire, c'est empêcher la formation de l'induration spécifique.

Telle est, messieurs, l'analyse aussi succincte que possible du mémoire de M. le docteur Hammer. Il a dû vous suffire d'en entendre les conclusions pour vous faire apprécier tout ce qu'il y a d'aventureux dans les théories de l'auteur. Aussi, s'il ne se trouvait au fond même de ce travail une question des plus graves et que je vais vous demander la permission d'examiner devant vous, je me contenterais de faire remarquer à M. Hammer que sa manière de voir est en dehors de tout

ce que nous savons sur l'absorption physiologique veineuse ou lymphatique; que parce que le ganglion le plus voisin d'un chancre sera engorgé, induré, il ne s'ensuit pas que le principe virulent n'aura pas pu passer outre, et qu'au contraire cet engorgement est l'indice certain de son passage dans l'économie; que de ce que du pus chancreux mélangé avec le sang perd sa propriété inoculable, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse aller infecter toute la constitution autrement qu'en produisant une inoculation successive. Raisonner de la sorte c'est faire preuve de confusion entre l'action active et l'action passive du virus syphilitique, la première reproduisant par contact la lésion actuelle, la seconde imprimant à l'économie une modification spéciale qui amène des accidents d'un autre ordre, mais toujours sous la dépendance du premier symptôme. En un mot, c'est confondre la contagion locale avec l'infection constitutionnelle.

Je ferais remarquer à M. Hammer qu'il est en contradiction formelle avec sa première proposition, à savoir : que le virus syphilitique renferme un principe spécial dont nous ignorons absolument l'essence naturelle, puisqu'il matérialise, pour ainsi parler, le virus, en disant que l'infection générale s'opère par le passage dans le torrent circulatoire des éléments fibro-plastiques dont est formée l'induration.

Je voudrais bien savoir ce que vont penser de cette migration du tissu fibro-plastique à travers les parties du corps ceux de nos collègues de la Société de chirurgie qui se livrent aux études histologiques; car c'est là une génération toute nouvelle, mais qui me semble bien peu physiologique.

Que si M. Hammer a été conduit à inventer sa théorie du passage en nature du tissu fibro-plastique dans le torrent circulatoire parce que c'est ce tissu qui constitue le plus grand nombre des altérations syphilitiques; que c'est cet élément que le microscope constate dans la période secondaire, souvent la plus précoce, et que c'est encore lui qu'il retrouve dans la période tertiaire la plus ultime; je lui ferais remarquer que cette évolution du tissu fibro-plastique n'est pas exclusive à la syphilis, et qu'elle a lieu dans la marche d'autres maladies diathésiques, la scrofule, par exemple, où on a coutume de lui reconnaître une origine purement symptomatologique se développant sous l'influence de la disposition pathologique toute spéciale de la constitution.

Quant au traitement que propose M. Hammer, j'ai le regret d'être obligé de déclarer qu'il me paraît aussi irrationnel que sa théorie de l'intoxication générale par le tissu fibro-plastique m'a paru fausse. En effet, c'est lorsque l'induration est déjà produite que M. Hammer con-

seille l'application de sa ventouse. Or, entre le premier instant où se forme l'induration et celui où le malade s'en aperçoit il peut s'écouler un temps plus ou moins long pendant lequel l'endosmose en question aura lieu, et partant le passage dans le torrent circulatoire; car je n'imagine pas qu'il faille que le produit nouveau soit à son apogée de développement pour que le phénomène de la transsudation commence, et je ne pense pas que M. Hammer ait encore dosé la quantité de tissu fibro-plastique suffisante pour infecter l'économie. Or, pour être conséquent à l'idée physiologique de l'auteur, ce n'est pas quand le chancre s'indure qu'il faudrait commencer l'usage de la ventouse, c'est lorsqu'il est encore à l'état d'ulcération simple qu'il faudrait y avoir recours pour le faire arriver tel jusqu'à la cicatrisation; ce qui rationnellement devrait conduire M. Hammer à l'appliquer sur toute ulcération suspecte, comme on y applique, par exemple, la cautérisation.

Mais, en admettant même que ce moyen préventif eût un effet réel, son emploi ne serait-il pas bien difficile dans l'immense majorité des cas? Comment pourrait-on l'adapter aux chancres des lèvres buccales, aux chancres de l'anus, de la vulve, du vagin ou du col utérin? Et je ne parle que des lieux d'élection les plus fréquents; car il n'y a pas un point du corps, muqueux ou cutané, où l'ulcération syphilitique infectante ne puisse se produire.

M. Hammer n'a eu recours à son appareil que pour les chancres de la verge, et c'est en vue de ces seuls chancres qu'il l'a proposé. Eh bien, une médication qui, dans une affection de même nature, ne s'adresse qu'à une classe d'individus, et encore dans le cas de localisation particulière, est un triste moyen thérapeutique. Et comme si aucune objection ne devait faire défaut à la théorie de M. Hammer et au traitement qu'il propose, il fallait encore qu'on eût à reprocher à celui-ci son manque de libéralité, puisque ce n'est, en définitive, que sur les hommes qu'il peut être employé.

Peut-être, messieurs, trouverez-vous que je suis sévère pour M. Hammer. Je ne m'en défendrai pas, parce que je crois qu'il est du devoir des sociétés savantes de ne pas mettre de complaisance dans l'appréciation des travaux qui leur sont présentés, et que celui de leurs membres qui a l'honneur de faire un rapport doit avoir le courage des opinions qu'il exprime. D'ailleurs, M. Hammer est homme à entendre les objections qui peuvent lui être présentées et à supporter toutes les atteintes de la critique. C'est un médecin instruit, qui a porté ses investigations dans plusieurs parties de la science, et qui les a fait connaître dans une suite de mémoires dont quelques-uns présentent un grand

intérêt. Aussi, si je conclus que sa théorie est fausse et sa pratique illogique, je ne vous demanderai pas moins de déposer honorablement son mémoire dans nos archives et d'inscrire son nom sur la liste de nos membres correspondants étrangers.

Je disais, il y a un instant, que le travail de M. Hammer soulevait une question de doctrine des plus graves; à savoir, s'il existe ou non une ulcération primitive pouvant seule produire l'infection généralo de l'économie, et une autre ulcération contagieuse comme la première, transmissible comme elle par inoculation, mais se maintenant toujours à l'état local et étant toujours incapable d'amener à sa suite une infection constitutionnelle; la première ayant un caractère particulier toujours le même, toujours reconnaissable, l'induration; la secondo pouvant revêtir des aspects divers, mais conservant constamment l'apparence d'une plaie simple dans laquelle rien ne viendrait dévoiler la nature virulente, si celle-ci n'était mise hors de doute physiologiquement ou expérimentalement; ces deux espèces d'ulcérations se transmettant avec leur nature propre, l'une d'être fatalement infectante, l'autre de rester une affection toute locale, sans retentissement sur l'économie, et par conséquent provenant l'une et l'autre d'un virus particulier.

Déjà il y a trois ans, dans un ouvrage des plus remarquables sur les affections de la peau symptomatiques de la syphilis, M. le docteur Bassereau avait longuement discuté ce point de doctrine, et il l'avait résolu par l'affirmative. Depuis, et tout récemment, il a été suivi sur le même terrain par M. le docteur Clerc, qui s'est également prononcé pour la pluralité des virus.

Suivant M. Bassereau, si l'on confronte tous les sujets qui ont été atteints de chancres suivis d'accidents constitutionnels avec les sujets qui leur ont communiqué la contagion ou avec ceux auxquels ils l'ont transmise, on trouve que tous ces sujets, sans exception, ont été atteints de chancres et ensuite d'accidents constitutionnels. Jamais, chez eux, l'accident ne s'est borné à une action purement locale. D'autre part, si l'on confronte les sujets atteints de chancres qui n'ont déterminé aucun symptôme de syphilis générale avec les sujets qui les ont infectés ou avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, sans exception, être également atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé. Ainsi, jamais un chancre suivi d'accidents constitutionnels ne donne naissance à un chancre purement local, ni un chancre local ne peut communiquer par contagion un chancre qui sera suivi des symptômes universels do la syphilis.

Ces faits, dit M. Bassereau, constituent, par la régularité avec laquelle ils se reproduisent, une loi à laquelle il n'a jamais rencontré que des exceptions apparentes, et qui peut être formulée de la manière suivante : toutes les fois qu'un individu est atteint d'un chancre, puis des symptômes de la syphilis constitutionnelle, cette généralisation des phénomènes syphilitiques tient, avant toute autre chose, à ce que le sujet par lequel le malade a été infecté était lui-même atteint d'un chancre qui a dû obligatoirement être suivi d'accidents constitutionnels.

L'opinion de M. le docteur Clerc est exactement semblable, et il vient de le faire connaître dans un mémoire dont le but est d'établir qu'il existe deux variétés distinctes de chancres syphilitiques, dont l'une est le chancre induré ou infectant, et l'autre le chancre non induré, non infectant ; que chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique. Pour lui, un malade a un chancre infectant ou un chancre simple, non à cause de telle ou telle disposition inconnue, mais simplement parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même espèce.

Ces deux auteurs arrivent donc à un résultat identique, mais ils y arrivent par une voie différente ; tandis, en effet, que M. Bassereau pense que le chancre simple est d'origine très ancienne, que longtemps il a existé seul, sans jamais retentir sur l'économie et sans jamais produire d'accidents généraux ; que, bien qu'il ressemble à la syphilis par ses propriétés contagieuses, il lui est cependant étranger, puisqu'il sévissait avant qu'elle fût connue ; qu'enfin depuis la grande épidémie du quinzième siècle il marche côte à côte avec le chancre syphilitique, mais sans que sa nature en soit en quoi que ce soit modifiée, M. Clerc soutient que le chancre simple est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, et qu'il est l'analogue de la varioloïde ou de la fausse vaccine, d'où la dénomination de chancroïde qu'il propose de lui appliquer. La divergence d'étiologie est donc grande entre ces deux auteurs, puisque, pour le premier, la vérole n'aurait jamais paru, que le chancre simple aurait toujours existé ; tandis que, pour le second, le chancre simple est un dérivé du chancre infectant, et il n'a pu se modifier et perdre sa qualité première que par son passage sur un individu entaché du principe syphilitique constitutionnel.

Je dois ajouter que, pour étayer sa manière de voir, M. Bassereau a fait de grands frais d'érudition, et, j'aime à le proclamer, d'une érudition très solide et de très bon aloi, et que l'opinion de M. Clerc repose sur des données purement théoriques, bien qu'il invoque le témoignage

de la plupart des écrivains postérieurs à Nicolas Massa, qui ont admis une première catégorie de malades avec chancre induré, bubon ne suppurant pas et infection syphilitique consécutive; puis une seconde catégorie avec chancres non indurés, bubons suppurants et pas d'infection constitutionnelle ultérieure, distinction bien importante des deux variétés du chancre primitif, qui, dit-il, n'a pu être obscurcie que par des idées de théorie ou de doctrine.

Cette question est assurément des plus sérieuses, car il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour juger de la gravité qu'elle peut avoir sur le pronostic des accidents primitifs de la vérole, quelle sécurité pour l'avenir elle peut inspirer, ou, au contraire, dans quelle déception elle peut entraîner le malade et le médecin.

L'idée de la pluralité des virus n'est pas nouvelle, et l'on sait qu'elle fut adoptée par Carmichael, qui l'a développée longuement. Toutefois, il faut le reconnaître, ce n'est pas avec sa simplicité actuelle que le chirurgien anglais la comprenait. Pour lui, en effet, il n'y a pas seulement variété dans les ulcérations primitives, mais bien variété aussi dans les symptômes constitutionnels qu'elles produisent. Je sais, dit-il, combien l'état de la constitution modifie les maladies locales, et je suis très porté à attribuer à cette cause les nombreuses variétés de la maladie vénérienne; mais quelques ulcères primitifs offrent dès leur apparition des caractères différents, de sorte qu'il serait absurde de dire que le virus est toujours le même et que la variété des formes qu'il revêt dépend toujours de la constitution des individus.

Pour Carmichael, le chancre type c'est le chancre induré; l'induration est pour lui, comme pour Hunter, un caractère distinctif des vrais chancres, et elle suffit à elle seule pour légitimer le traitement mercuriel, puisqu'il lui paraît certain qu'elle annonce le développement ultérieur d'accidents constitutionnels. Mais il ne regarde pas l'induration comme une condition indispensable de l'infection générale, et il donne indistinctement le nom de chancre ou d'ulcère vénérien primitif à ceux qui peuvent donner lieu à des symptômes consécutifs. Or il admet que la plupart des ulcérations de la verge sont suivies d'une série de symptômes manifestement syphilitiques. Ainsi l'ulcère sans induration, mais à bords élevés et à surface rongeante; ainsi l'excoriation simple du gland ou du prépuce sont suivis d'éruptions papulo-squammeuses, de douleurs articulaires analogues à celles du rhumatisme, d'ulcères à la gorge, de la tuméfaction des glandes lymphatiques du cou, mais sans nodus des os. Ainsi les ulcères gangréneux et rongeants sont suivis d'accidents constitutionnels remarquables par leur opiniâtreté, leur ma-

lignité, tels sont les pustules et les tubercules qui forment des ulcères serpigineux, les ulcérations étendues du gosier et principalement de la paroi postérieure du pharynx, les douleurs articulaires coexistants avec des nodus des os, la carie ou la nécrose.

L'opinion de Carmichael et de quelques autres auteurs anglais se résume donc à dire que chaque ulcère primitif est suivi de symptômes constitutionnels qui lui correspondent, de sorte qu'à la vue d'une ulcération primitive on pourrait annoncer par avance de quelle forme d'accidents le malade sera affecté plus tard.

Je devais rappeler la doctrine de Carmichael sur la pluralité des virus, mais je fais remarquer combien elle diffère de celle qu'on cherche aujourd'hui à introduire dans l'étude de la syphilis. D'ailleurs cette doctrine est jugée , et il n'y a pas un praticien qui ne reconnaisse que les variétés d'ulcères dont il fait des espèces différentes ne sont en définitive que des accidents dans la marche du chancre régulier qui tiennent à la disposition particulière des malades. Et, quoique Carmichael dise qu'il est absurde de croire que le virus est toujours le même et que la variété des formes qu'il revêt dépend de la constitution individuelle, il faut avouer que cette absurdité est très généralement adoptée, et que l'unité du virus syphilitique compte encore de nos jours un bien grand nombre de partisans.

Notre collègue M. Ricord a proclamé cette vérité depuis longtemps en disant dans un langage qui pour être pittoresque n'en reste pas moins l'expression de la saine observation, à savoir : que le virus syphilitique est une graine toujours la même qui se développe suivant la nature du terrain dans lequel elle est implantée. Aussi a-t-il admis un seul chancre régulier pouvant se compliquer d'accidents , tels que l'inflammation, la gangrène, le phagédénisme, suivant les dispositions individuelles, réduisant ainsi à leur juste valeur les variétés du chancre dont Carmichael avait fait des espèces particulières. Puis, pour être conséquent avec lui-même, c'est également à une disposition particulière de l'individu et à son aptitude plus ou moins grande à être infecté constitutionnellement que M. Ricord attribue l'induration. Pour lui, le chancre induré n'est pas une espèce à part; il peut provenir d'un chancre simple ou déterminer un chancre simple, le phénomène induration n'ayant lieu que sur le sujet dont la constitution est apte à recevoir actuellement l'empoisonnement général.

L'idée de l'unité du virus syphilitique telle que je viens de l'emprunter à M. Ricord est à peu près universellement admise; mais la dissidence s'établit dès qu'il est question de l'induration, surtout quand

on voit sortir de son école cette proposition : Point d'induration, point d'infection constitutionnelle; cette proposition qui a suscité le travail de M. Hammer, et qui a été le point de départ de MM. Bassereau et Clerc.

Mais est-ce bien là l'opinion intime de M. Ricord, ou plutôt n'est-ce pas l'exagération de son opinion? Je serais disposé à le croire, si je m'en rapportais à ce que je lis dans ses notes à l'ouvrage de Hunter.

« On se tromperait bien souvent, écrit notre collègue, si, comme l'in- » dique Hunter, et comme semble le vouloir d'une manière plus ab- » solue M. Babington, on voulait toujours reconnaître le chancre à la » présence de l'induration de sa base. » Et plus loin : « L'induration » de la base et des bords du chancre n'a d'importance réelle dans le » diagnostic que lorsqu'elle existe, car, je le répète, des chancres pri- » vés de ce caractère n'en conservent pas moins toutes leurs pro- » priétés, tant sous le rapport de la contagion que sous celui des acci- » dents consécutifs. En somme, les signes pathognomoniques univoques » du chancre sont l'inoculation possible avec le pus qu'il fournit à la » période de progrès et les symptômes d'empoisonnement général. » Mais comme il n'est pas toujours possible de recourir à l'inoculation » pour éclairer le diagnostic, et qu'il n'est pas permis d'attendre les » phénomènes généraux pour se prononcer, on est forcé de s'en tenir, » dans le plus grand nombre des cas, à un diagnostic rationnel d'au- » tant plus incertain qu'on a affaire à des chancres privés d'induration » ou à des ulcérations qui peuvent s'accompagner d'œdème dur. » Puis, dans sa vingt-huitième lettre sur la syphilis, M. Ricord se plaint qu'on lui ait fait dire qu'il n'y avait pas de syphilis constitutionnelle sans chancre induré, lorsqu'il a dit seulement qu'il n'y avait pas de chancre induré qui ne fût suivi d'accidents constitutionnels, ce qui, fait-il remarquer, n'est pas tout à fait la même chose.

Il me paraît donc évident, d'après ces citations, que M. Ricord est moins absolu que ses élèves, bien qu'on trouve encore dans ses écrits des réticences regrettables.

A côté de l'opinion de M. Ricord, qui pense que l'induration n'a lieu que lorsque l'économie se trouve apte à recevoir l'empoisonnement général, ou mieux lorsque celui-ci est déjà produit, et qu'infailliblement en voyant l'induration on peut être certain que d'autres accidents constitutionnels se montreront, il est bon de placer la manière de voir de M. Vidal (de Cassis), qui professe que le chancre est toujours plus ou moins induré. Voici comment s'exprime notre collègue dans son *Traité des maladies vénériennes :*

« On a rattaché à l'histoire du chancre induré des questions de doc-
» trine qu'on a peu élucidées. Tantôt on a dit : Le chancre induré seul
» produit la syphilis ou est le point de départ de la vérole ; tantôt :
» C'est surtout ce chancre qui entraîne ces effets. Comme j'ai établi
» que le chancre est toujours plus ou moins induré, il n'y a pas à ré-
» futer cette proposition. Mais ce serait alors le chancre fortement
» induré qui serait la source des accidents consécutifs. A cela je ré-
» ponds que ces accidents consécutifs ont été observés à la suite de
» chancres médiocrement indurés, à la suite de la prompte cicatrisa-
» tion de ceux qui sont considérés comme non indurés. D'ailleurs ceux
» qui admettent le chancre induré comme variété à part reconnaissent
» que l'induration ne s'établit ordinairement qu'après le premier sep-
» ténaire. Or, pendant ce premier septénaire, l'infection a très bien
» pu se faire, et elle n'attend pas, en général, ce terme. Selon moi,
» au lieu de poser la question ainsi : Le chancre induré produit-il à lui
» seul les accidents consécutifs ou les produit-il plus souvent que les
» autres chancres? je crois qu'on devrait plutôt dire : Quels sont les
» rapports du chancre induré avec la vérole? Il est certain que l'état
» général a une influence sur la forme que prend le chancre, et que là
» où se trouve déjà une action qu'on pourrait appeler syphilitique, la
» réaction doit avoir plus de prise. Ainsi quand le chancre persiste ;
» quand de médiocrement induré il le devient beaucoup, et au point
» de constituer une variété à part, je crois qu'alors le virus syphilitique
» est depuis longtemps parvenu dans l'économie ; la cause de la vérole
» existe donc, et l'économie est déjà infectée. Ce degré d'induration
» prouve seulement que la diathèse s'est établie, car le chancre induré
» est déjà un accident consécutif, une des expressions de la vérole
» confirmée. Mais là peut se borner l'effet de la diathèse, c'est-à-dire
» qu'on peut avoir un chancre induré sans autre manifestation de l'état
» général de la vérole. »

Ainsi, M. Vidal (de Cassis) n'admet pas la variété chancre simple, puisque à ses yeux l'induration existe toujours dès le début ; seulement, pour lui, c'est du plus au moins ; moindre, elle peut n'être pas infectante ; plus intense, elle indique une réaction locale de l'intoxication générale. Il me semble qu'il n'y a là de différence que dans les mots. En tout cas, M. Vidal est unitaire.

Messieurs, quelque considération habituelle que j'aie pour les opinions scientifiques de nos deux collègues, je ne puis partager toute leur manière de voir. Je suis avec eux quand ils disent que le virus syphilitique est un, et que ses expressions varient seulement suivant les

idiosyncrasies particulières ; je suis avec eux quand ils admettent que l'induration du chancre est l'indice de la vérole constitutionnelle : aussi je comprends très bien que dans leur *Traité des maladies vénériennes*, MM. Maisonneuve et Montanier rangent déjà l'induration dans le chapitre des symptômes secondaires. Je suis avec M. Vidal quand il avance que l'induration bien caractérisée peut être la seule manifestation d'une syphilis constitutionnelle. Je le crois, parce que j'en ai vu des exemples. Toutefois, je me hâte de dire que je regarde ces cas comme on ne peut plus exceptionnels, et je n'oublie pas que d'autres symptômes fugaces peuvent échapper. Mais je me sépare de M. Vidal quand il prétend que tous les chancres sont plus ou moins indurés, quand il ne voit l'infection constitutionnelle apparente que dans une induration considérable. Je me sépare de M. Ricord quand il écrit que l'exagération de l'induration est en rapport avec la gravité des accidents qui vont suivre, et qu'il la considère comme un syphiliomètre. (*Lettre* 28.)

Je crois que dès que l'induration est constatée, on peut fixer à peu près l'époque à laquelle apparaîtront d'autres symptômes, mais que, suivant qu'on aura affaire à une induration des plus légères ou des plus prononcées, il est impossible d'augurer de la gravité plus ou moins grande des symptômes à venir.

Je crois que le chancre le plus simple, le plus exempt d'induration locale, peut être suivi d'accidents constitutionnels, je ne lui demande que d'être contagieux, afin de ne pas confondre des ulcérations accidentelles et nullement spécifiques avec l'ulcération virulente. J'ai vu chez des hommes de ma pratique particulière de ces ulcérations virulentes, simples, être parfaitement infectantes, et j'ai été dupe, au détriment de mon pronostic, d'une croyance que j'avais pu partager.

Tous les jours je suis témoin de faits semblables chez mes malades de Lourcine, et ici je fais un appel à ceux de nos collègues de la Société de chirurgie qui ont passé par cet hôpital, afin qu'ils disent s'ils n'ont pas vu, comme moi, de ces exemples en grand nombre. Mais ceux-ci sont tellement fréquents et ont été si souvent constatés, qu'il a bien fallu finir par avouer que les chancres indurés sont effectivement moins fréquents chez la femme que chez l'homme, et je crois que telle est aujourd'hui l'opinion de M. Ricord. Cependant, avant d'arriver à cette concession, que de contestations n'a-t-on pas élevées sur les faits observés par les chirurgiens de Lourcine, et quels doutes n'ont-ils pas suscités. Mais qu'on se rassure, les chirurgiens de Lourcine savent très bien que l'inflammation simple peut masquer l'induration spécifique et faire croire à une autre forme de chancre, que l'induration est plus ou

moins étendue, qu'elle peut n'exister qu'à la partie moyenne ou sur les bords des chancres. Ils connaissent, comme à l'hôpital du Midi, l'induration parcheminée, qui double certaines ulcérations larges et superficielles de la vulve, comme elle double certaines balano-posthites ulcéreuses, avec lesquelles d'ailleurs elles ont la plus grande ressemblance ; enfin, ils sont au courant de toutes les variétés, j'allais dire de tous les caprices de l'induration.

Tout le diagnostic des chancres n'est donc pas dans l'état local, et quand l'induration y manque, c'est ailleurs qu'il faut la chercher, et c'est ce que ne font pas assez les fauteurs de la dualité du virus, qui n'établissent la nature infectante que sur l'état même de l'ulcération. Pour moi, lorsque l'induration manque dans un chancre douteux, c'est dans les ganglions correspondants que je vais trouver l'élément diagnostic, je ne dirai pas complémentaire, mais indispensable, et je ne vois pas pourquoi la réaction infectante, ne se faisant pas sentir dans l'ulcération même, ne porterait pas son action sur les ganglions qui dans ce cas se substituent au chancre, comme cela se voit tous les jours dans le cas de virulence, qui peut n'être pas infectant et ce qui constitue le chancre ganglionnaire.

Mais je vais plus loin, et j'affirme que j'ai vu bon nombre de fois la vérole constitutionnelle paraître après une ulcération des plus simples, des plus passagères, quelques jours à peine, sans aucune espèce de retentissement dans les ganglions correspondants, dans ceux du moins accessibles au toucher.

Ainsi, je puis résumer mon opinion sur le chancre en disant : Chancre induré, infection générale certaine. Chancre non induré, mais avec induration des ganglions ; certitude encore d'infection générale. Enfin chancre non induré, ganglions non indurés, infection générale possible.

Les faits avancés par M. Bassereau étaient-ils de nature à modifier l'opinion que je soutiens ? Non, car je vois que dans le plus grand nombre de cas de chancres simples l'état des ganglions n'a pas été interrogé ou il ne l'a été qu'au point de vue de leur suppuration possible, et la même omission se remarque dans le travail de M. Clerc. Ces deux auteurs mentionnent toujours scrupuleusement la pléiade ganglionnaire inguinale avec l'induration chancreuse ; mais dès que celle-ci fait défaut, ils paraissent ne plus supposer qu'il puisse se passer dans les ganglions autre chose qu'une inflammation sympathique ou une inflammation symptomatique de la nature virulente simple du chancre qu'ils ont sous les yeux. Tout leur diagnostic se borne à l'induration locale.

Chose remarquable! tandis que la plupart des élèves de l'hôpital du Midi considèrent l'induration comme le signe certain de l'infection, voici l'un d'entre eux, le plus distingué peut-être et l'un des plus autorisés en syphiliographie, notre estimable correspondant M. Diday, qui non-seulement n'attache pas une valeur absolue au phénomène de l'induration, mais qui professe qu'elle peut se montrer à plusieurs reprises à la suite de coïts contagieux chez des individus ayant eu bien manifestement une première vérole constitutionnelle, opinion radicalement opposée, comme on le voit, à l'un des dogmes favoris de M. Ricord, de M. Ricord que dans toute sa polémique M. Diday a soin de proclamer son maître et son ami. Son ami, il a raison de le dire bien haut, car il est des amitiés qui honorent; mais son maître, j'ai besoin qu'il le répète souvent, car je savais bien que M. Ricord édifiait, mais j'ignorais qu'il enseignât à battre en brèche son propre édifice.

Avec l'opinion que le chancre est infectant ou non, suivant la disposition individuelle momentanée, il est impossible d'admettre la dualité du virus, à plus forte raison quand on croit que l'induration n'est pas indispensable à l'infection. Aussi, à défaut d'un diagnostic différentiel un tant soit peu rigoureux, puisque celui-ci se borne à un seul caractère, l'incubation, que pour les besoins de la cause on cherche à réhabiliter, après en avoir, et avec juste raison, combattu l'existence, j'ai dû rechercher s'il y avait d'autres éléments de conviction dans cette théorie, et j'ai dû examiner la filiation que MM. Bassereau et Clerc attribuent à l'une et à l'autre espèce de chancre. Cette filiation est de la plus grande importance, car, si elle était réelle, il serait bien difficile de se refuser à admettre une nature particulière des différentes formes de chancres.

M. Bassereau nous dit qu'en remontant à la source d'une syphilide quelconque chez les hommes, il a constamment trouvé comme antécédent le chancre induré, et que, lorsqu'il a pu examiner la femme qui a donné le chancre induré, il a toujours constaté qu'elle-même était atteinte et de chancre induré et d'une syphilis généralisée, et que, quand il a examiné les femmes qui n'avaient donné que le chancre simple, elles n'avaient elles-mêmes que le chancre simple. Mais M. Bassereau a la bonne foi d'ajouter que l'on peut se tromper sur la filiation du chancre, c'est-à-dire sur la véritable source à laquelle il a été puisé, ce qui peut arriver toutes les fois qu'un homme se trouve infecté quelques jours après avoir eu des rapports avec plusieurs femmes suspectes, ou bien lorsqu'un homme a intérêt par discrétion ou autrement à ne pas désigner la personne qui l'a rendu malade. Or M. Bassereau parle

surtout de ce qui peut se voir dans les hôpitaux, et je suis entièrement de son avis sur la difficulté que l'on y rencontre à obtenir des renseignements exacts. Mais, dans la pratique particulière, il est incontestablement plus facile d'arriver à la source certaine, et c'est là que l'on trouve des démentis à sa théorie, car on y voit des chancres indurés provenir de chancres simples, on y voit des chancres phagédéniques puisés chez des individus bien et dûment syphilitiques ; on est loin, enfin, d'y rencontrer cette régularité de transmission tant invoquée. C'est là une vérité de pratique qu'on peut vérifier tous les jours.

M. Bassereau n'a donné que des faits confirmatifs de chancres indurés produisant des chancres indurés; il n'y a à cela rien d'étonnant, c'est la règle générale, qui ne prouve que deux choses que nous savons tous : c'est d'abord que l'immense majorité des hommes est apte à recevoir la vérole constitutionnelle, c'est ensuite que celle-ci se traduit le plus ordinairement par l'induration du chancre.

Mais, quand M. Bassereau dit que, lorsqu'il a examiné la femme qui a donné un chancre simple non infectant, elle-même avait un chancre simple également non infectant, n'est-on pas en droit de lui objecter que, si l'infection générale n'est pas manifeste au moment où il examine ses deux malades, rien ne lui prouve qu'ils ne le deviendront pas l'un ou l'autre et peut-être l'un et l'autre dans un laps de temps plus ou moins éloigné? car il ne faut pas perdre de vue que les circonstances du double examen ne sont plus les mêmes. Dans le premier cas, celui du chancre induré, il a lieu souvent longtemps après la cicatrisation de l'ulcération et alors que ses conséquences sont manifestes, tandis que dans le cas de chancre simple ce n'est que pendant la période d'ulcération primitive que les malades sont examinés ; aussi, s'il est facile de s'assurer que le chancre n'est pas actuellement induré, son pronostic ne peut-il être que très incertain en tant que manifestations constitutionnelles.

Dans son mémoire sur le chancroïde, M. le docteur Clerc a cité treize faits de filiation des chancres; huit ont trait à la filiation régulière du chancre induré, cinq à celle du chancre simple. Voici la treizième : « Un ouvrier typographe s'est présenté, il y a quatre mois, à notre » dispensaire pour y être traité de chancres multiples non indurés du » prépuce et du gland et de papules muqueuses de l'isthme du gosier » et de l'anus consécutives à un chancre unique et infectant contracté » six mois avant cette époque et dont il portait la cicatrice. Pendant la » durée du traitement de ces chancres simples, il eut des rapports avec » une jeune fille et lui communiqua les chancres : celle-ci ayant en-

» suite cohabité avec un ami de notre malade, ce nouveau venu a » partagé le sort commun; il nous a été amené atteint de sept chan- » cres non indurés, non infectants. Ce malade, garçon intelligent et » curieux, nous entendant parler à propos de ses ulcérations de cette » migration du chancre d'un malade à un autre dans sa variété, nous » avoua que, malgré son état de santé, il avait eu des rapports avec » une jeune fille et que le résultat de ce rapprochement avait nécessité » l'entrée de sa victime à l'hôpital de Lourcine. Nous annonçâmes à » nos élèves que très probablement nous trouverions sur cette femme » des chancres de même variété que ceux de notre malade. M. Culle- » rier examina devant nous cette malade; elle portait cinq chancres » disposés en croissant à l'entrée du vagin, chancres non indurés et » déjà notés tels par M. Henry, interne du service. » Là s'arrête le fait de M. Clerc, c'est à moi à en donner la fin, et j'appelle sur ce point l'attention de la Société. C'est mon interne qui a rédigé l'observation.

Obs. — La nommée Elise P..., dix-huit ans, couturière, entrée à Lourciue, salle Saint-Louis, n° 5, le 3 août 1854.

A son entrée, on constate à la partie postérieure de la vulve cinq ulcérations rangées en forme de croissant; elles siégent sur de petites élevures mamelonnées; elles ont un fond grisâtre, sanieux, déprimé en godet et des bords taillés à pic.

Le vagin est le siége d'une inflammation intense avec sécrétion muco-purulente; le col utérin est intact. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement engorgés, indolents; ils forment une pléiade manifeste, surtout dans les plus internes. *Traitement:* pansement simple, bains entiers, injections vaginales avec l'eau aluminée. M. le docteur Clerc, qui vint visiter la malade, nous dit que cette jeune fille a été infectée par un jeune homme atteint de plusieurs chancres au prépuce, non indurés et n'ayant pas déterminé d'accidents secondaires, et qu'ensuite elle a eu commerce avec un individu sain auquel elle a à son tour communiqué des chancres simples. M. Clerc pense, d'après cela, que notre malade n'aura pas de symptômes secondaires.

Le 21 août, aucun traitement spécifique n'ayant été fait, les chancres existent toujours; les ganglions inguinaux sont dans le même état d'engorgement indolent. La malade se plaint de perdre ses cheveux; cependant on ne voit rien sur le cuir chevelu.

Le 28, les chancres tendent vers la cicatrisation; il y a sur les grandes lèvres quelques ulcérations blanchâtres; on constate sur toute l'étendue de la peau du ventre et sur celle de la poitrine des taches de

roséole. La chute des cheveux persiste, et l'on sent distinctement plusieurs ganglions occipito-cervicaux. La malade est mise en traitement par la liqueur de Van-Swieten.

Le 4 septembre, les chancres sont presque entièrement cicatrisés; quelques condylomes, dont l'un ulcéré, existent à l'anus.

Le 8, cicatrisation complète des chancres. Même état général.

Le 18, rougeur vive du pharynx, mais sans ulcérations. La roséole disparaît; les cheveux continuent à tomber. — Même traitement mercuriel; de plus, le vagin est touché deux fois par semaine avec la solution d'azotate d'argent.

Le 1er octobre, tout a disparu à peu près; mais le traitement mercuriel est considéré comme insuffisant, puisqu'il n'a été commencé que longtemps après l'entrée de la malade à l'hôpital, lorsque les symptômes constitutionnels se sont manifestés.

Le 30, sortie dans un état parfait de guérison.

Telle est, messieurs, l'observation que j'avais dû rendre complète lorsque M. Clerc publia son mémoire dans lequel il m'avait cité, afin que l'on sût bien que je ne partageais pas sa manière de voir. Je ne puis que répéter ce que je disais à cette époque, à savoir: qu'il était fâcheux que mon honorable confrère n'ait pas complété l'observation dont il n'avait donné que le début, car elle prouve précisément le contraire de ce qu'il avance, puisque des chancres simples considérés comme non infectants, contractés avec un homme ayant le même symptôme, puis communiqués sous la même forme à un autre homme, ont été suivis chez cette femme de roséole, d'alopécie, d'engorgements cervicaux, de condylomes à l'anus, symptômes qui ont nécessité un traitement mercuriel de deux mois et un séjour de quatre-vingt-huit jours à l'hôpital.

C'est en vain, ce me semble, que M. le docteur Clerc a récriminé contre le complément de l'observation, en disant que je n'étais pas en mesure d'affirmer que la malade n'avait pas eu de rapports avec d'autres hommes qui auraient très bien pu lui communiquer un chancre infectant qu'elle n'aurait pas tenu de son client. J'avoue qu'à la rigueur cela était fort possible; mais je m'étonne qu'on se serve d'un pareil argument quand soi-même on a assez de foi dans la filiation d'un symptôme pour la citer en faveur de son opinion. Assurément si je n'avais rien dit, ce fait eût passé parmi les plus probants de la transmission toute spéciale du chancre non infectant. Je ferai remarquer aussi que, dans le cas présent, c'est vouloir tout obscurcir que d'attribuer, comme on l'a insinué, l'explosion de la manifestation constitu-

tionnelle à un chancre induré antérieur, plutôt que d'y voir la conséquence de l'induration ganglionnaire actuelle à laquelle on n'avait même pas fait attention. Non, dans cette observation je crois ne m'être trompé que sur un seul point; c'est celui de l'apparition des symptômes généraux, qui se sont fait attendre beaucoup moins longtemps que je ne supposais.

Au moment où j'écris ces lignes, je donne des conseils à un de nos confrères qui est affecté d'un chancre induré, de roséole et de plaques muqueuses pharyngiennes. Je n'ai pas visité la femme qui l'a infecté, mais ce confrère, qui avait de bonnes raisons pour faire un examen attentif, m'assure de la manière la plus formelle qu'elle n'avait au moment du coït qu'une ulcération sans la moindre induration locale et sans rien de bien apparent dans les aines, à ce point qu'il croyait à une simple affection herpétique de la vulve.

M. Clerc pense que le chancre non infectant est le résultat de la modification imprimée au chancre induré par une vérole constitutionnelle ancienne ou actuelle par suite de la loi indiquée par M. Ricord, à savoir : qu'on ne peut être atteint deux fois de syphilis générale. On ne saurait disconvenir que cette manière de voir est assez ingénieuse; mais voici un fait qui vient prouver contre elle, et qui en même temps est en faveur de la loi d'unicité.

Un jeune homme est affecté de chancre induré, puis de symptômes constitutionnels. Un traitement rationnel est suivi régulièrement, et tout disparaît. Au bout de quelques années cet homme gagne un nouveau chancre qui reste à l'état simple, sans retentissement sur l'économie. Le malade, fort éclairé d'ailleurs, mais ayant mal compris la portée de ce qu'il avait entendu dire, qu'on n'avait pas deux fois la vérole, n'attacha aucune importance à l'ulcération dont il était affecté, et n'hésita pas à se marier sans prendre aucun conseil médical. La jeune femme, comme on peut le croire, fut bientôt elle-même affectée d'un chancre. Mais celui-ci s'indura, se compliqua d'engorgements ganglionnaires, puis fut suivi, dans l'espace de temps habituel, d'une syphilide papulo-tuberculeuse générale, d'alopécie, d'impétigo du cuir chevelu, et plus tard d'accidents tertiaires.

Ce fait, qui a été bien observé, et dont j'ai été témoin avec nos honorables confrères MM. les docteurs Cazeaux et Coffin, me paraît des plus remarquables et l'une des meilleures preuves que l'on puisse donner contre l'idée de la dualité du virus. Il me paraît aussi un argument puissant en faveur de l'unicité de la vérole, dont M. Ricord a eu

le tort de faire une loi absolue, tandis qu'il lui eût donné une plus grande valeur s'il n'en avait fait qu'une règle générale.

Je n'insisterai pas davantage sur les faits semblables à ceux que je viens de citer. Il n'est personne dans la Société de chirurgie qui ne puisse en trouver dans ses souvenirs. Le docteur Jeanssens (de Bruxelles) en a fait connaître plusieurs dans un article sur le sujet actuel qu'a publié en février dernier la *Presse médicale belge*. M. le docteur Langlebert en a rapporté plusieurs également cette année dans l'*Union médicale*. Enfin, je rappellerai que lorsque j'eus l'honneur de faire ici un rapport sur l'ouvrage de la syphilisation de M. Sperino, j'avais eu soin de mettre en relief ce fait qu'il énonçait lui-même; à savoir, que dans ses innombrables expériences avec du pus chancreux de toute forme, les différences dans les résultats ne varièrent que suivant les conditions diverses dans lesquelles se trouvaient les individus que l'on soumettait aux inoculations.

La théorie de la pluralité des virus ne prend pas les syphiliographes à l'imprévu, comme on affecte de le dire en insistant sur la nécessité d'étudier la question avant de se prononcer. J'ai cité Carmichael, j'ai dit que ses doctrines étaient jugées par l'expérience de tous les jours. Or, pour apprécier le rapport des accidents secondaires avec les accidents primitifs, il fallait bien étudier ces derniers. D'ailleurs, l'ouvrage de M. Bassereau n'est pas tout récent, et parmi les excellents chapitres qu'il contient, celui qui traite de ce point étant le plus capital, il a nécessairement frappé les observateurs, qui doivent être en état aujourd'hui de se prononcer pour ou contre, et comme l'opinion de M. Clerc est la même absolument, si ce n'est que l'explication qu'il donne est plus séduisante, il me semble que la question peut commencer à s'éclaircir, et qu'il est du devoir de chacun d'y apporter ses preuves.

Pour mon compte, si je ne crains pas de me poser en adversaire de ces idées nouvelles, c'est que non-seulement je crois avoir vu des faits qui leur donnent un démenti, mais c'est aussi que je ne puis admettre l'induration chancreuse comme le critérium obligé de l'infection constitutionnelle, et que c'est une opinion qui me paraît indispensable à l'acceptation de la dualité des virus, sous peine de tomber dans les abstractions et dans une logomachie déplorable.

Les conclusions du rapport sont :

1° De déposer le travail de M. Hammer aux archives;

2° De nommer l'auteur membre correspondant.

La première conclusion adoptée, te scrutin est ouvert; M. Hammer est nommé membre correspondant à la simple majorité.

M. Ricord annonce qu'il prendra la parole pour discuter le rapport de M. Cullerier, mais qu'il ne veut pas le faire à la légère et avant une étude préalable. Il soutiendra néanmoins l'unicité du virus syphilitique, et s'expliquera sur la valeur de l'induration du chancre. Au reste, il ne se sert plus aujourd'hui, pour désigner les suites du chancre, des épithètes d'induré et de non induré; il se contente de dire chancre infectant, chancre non infectant, et on peut voir si à sa clinique il est jamais démenti par la marche ultérieure. Quant aux lois qu'il a proposées, et qu'on lui conteste si fortement, il a seulement voulu exprimer des faits très généraux; mais lui-même recherche avec ardeur les exceptions, et en particulier pour la question de savoir si l'on peut avoir deux fois la vérole constitutionnelle. Si ce dernier fait était bien prouvé M. Ricord en serait très satisfait, car cela prouverait qu'on peut guérir radicalement d'une première infection syphilitique.

M. Vidal annonce également qu'il prendra la parole.

Fragment de dent logé dans la langue et simulant un cancer de cet organe. — M. Morel-Lavallée fait un rapport oral sur une observation curieuse adressée par M. le professeur Herbert, de Tillières (Eure). Il s'agit d'un fait extrêmement rare de corps étrangers de la langue. Voici cette observation :

Le nommé Boiton, de la commune de Touchet, âgé de quarante ans, d'une constitution robuste, vint me consulter, il y a quelques années, pour un mal à la langue qui le gênait et commençait à l'inquiéter.

Voici l'état de la langue. Cet organe était un peu tuméfié dans toute son étendue, mais surtout du côté gauche. A la face supérieure et à 2 centimètres environ de la pointe, entre la ligne médiane et la partie latérale gauche, on voyait un petit ulcère de 3 à 4 millimètres environ de diamètre, d'un aspect grisâtre, assez semblable à un aphthe largement ulcéré, si ce n'est que les bords dépassaient le niveau de la surface environnante, et étaient légèrement renversés. Il s'en écoulait un peu de pus sans odeur appréciable, mais d'assez mauvais goût pour forcer le malade à cracher souvent. Il y avait une douleur sourde constante, qui par moments devenait vive, aiguë, particulièrement pendant la mastication. Il y avait aussi de temps en temps un léger écoulement sanguinolent.

J'avoue que de prime abord je crus avoir affaire à un ulcère cancéreux. Mais alors je questionnai le malade; voici ce qu'il me dit :

« Il y a dix à onze mois, je me fis arracher une grosse dent à la foire de Saint-Hilaire par un charlatan qui se trouvait là. Depuis j'ai toujours souffert plus ou moins à la langue. Au moment de l'extraction, j'éprouvai une vive douleur à la langue. Cette douleur continuant, je me mis à boire plus que de raison. En revenant chez moi, je sentais ma langue se gonfler, et dès le lendemain matin elle était au plein de la bouche. Je consultai pour cela un médecin, qui me dit qu'on m'avait blessé la langue, qu'il fallait me gargariser avec une décoction de guimauve et de pavot, et que cela guérirait ainsi. Au bout de quinze jours la langue était presque entièrement dégonflée, et je ne souffrais presque plus. Je restai dans cet état pendant deux ou trois mois; mais peu à peu les douleurs augmentèrent, un petit bouton se montra sur la langue et finit par crever (il y a au moins trois mois). Je consultai alors un autre médecin, qui me prescrivit une poudre blanche (probablement de l'alun) pour saupoudrer la petite plaie. Je n'ai point de soulagement; le mal ne fait qu'empirer. »

Après la relation de ces antécédents, je saisis la langue entre le pouce et l'index. Je sentis comme un noyau dur et résistant; puis la sonde, introduite dans la petite plaie, détermina par la percussion un bruit très perceptible à l'oreille. J'annonçai au patient que j'étais sûr qu'il y avait là un corps étranger, et qu'il fallait une incision pour l'extraire. Je fis cette petite opération, et, à mon grand étonnement, je retirai la moitié de la couronne de la première grosse molaire, enlevée onze mois auparavant par le charlatan forain. Il est inutile d'ajouter que la guérison ne se fit pas attendre.

Cette observation me paraît curieuse à plus d'un titre :

1° Par sa rareté, je dirai même par sa nouveauté, car, pour moi, si je n'ose pas affirmer que ce soit le premier fait de ce genre, il est certain du moins qu'il y en a peu de semblables, et je n'en connais pas un seul analogue dans la science.

2° Par sa ressemblance avec un ulcère cancéreux.

Il est en effet digne de remarque qu'une ulcération simple, entretenue seulement par la présence d'un corps étranger, ait présenté la physionomie d'un ulcère malin, à tel point, je crois pouvoir l'affirmer, que l'œil du plus habile praticien eût pu s'y méprendre.

3° Par l'appui qu'elle vient apporter à la vérité de ce précepte, d'ailleurs si hautement recommandé en chirurgie, mais sur lequel on ne peut trop insister, à savoir : que, pour éviter bien des mécomptes, toute partie malade, quelle qu'elle soit, doit être explorée par tous les

moyens dont l'art dispose, et soumise à l'investigation minutieuse des sens.

4° Elle prouve enfin qu'il n'est pas toujours sans danger de se confier à ces dentistes en plein air qui sacrifient volontiers la sûreté à la rapidité de leurs opérations, sachant bien que cette rapidité d'exécution est regardée par la foule comme la meilleure preuve d'habileté.

M. Morel propose de renvoyer l'observation au Bulletin, d'adresser des remercîments à l'auteur et de l'engager à communiquer les faits intéressants de sa pratique. La Société adopte ces conclusions.

— M. Debout lit un rapport sur deux mémoires adressés à la Société par M. Desgranges, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le premier est intitulé *Etude comparative de la liqueur iodo-tanique et du perchlorure de fer relativement aux propriétés hémoplastiques et à l'absorption de ces agents ;*

Le second a pour titre : *Du traitement des varices par les injections de liqueur iodo-tanique.*

M. Debout propose de déposer ces deux mémoires, qui sont déjà connus du public, aux archives de la Société et de nommer M. Desgranges membre correspondant.

— M. Broca montre les instruments que M. Rothmund emploie pour opérer la cure radicale des hernies ; il communiquera incessamment à la Société les nouveaux résultats obtenus par l'auteur.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Ar. Verneuil.

Séance du 5 septembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Clot-Bey adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre correspondant.

La Société reçoit les numéros de l'année du *Journal de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.*

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Gerdy montre un sujet affecté d'une fracture ancienne de la partie moyenne de la clavicule non consolidée et n'apportant néanmoins aucune gêne dans les mouvements du membre.

Le malade, qui a aujourd'hui dix-neuf ans, avait trois ans lors de l'accident; la fracture ne fut nullement contenue et la réunion n'eut point lieu. Ce cas est intéressant au point de vue anatomique, physiologique et séméiologique.

1° *Au point de vue anatomique*, car les fragments se sont développés indépendamment l'un de l'autre, et cependant la somme des deux fragments présente une longueur à peu près égale à celle de la clavicule du côté sain; il n'y a qu'un demi-centimètre de raccourcissement; la fracture a eu lieu à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes de la clavicule; le fragment externe chevauche sous l'interne dans l'étendue de 1 centimètre; le fragment interne regarde par son extrémité en haut, en dehors et en avant, et fait saillie sous la peau. Le moignon de l'épaule est abaissé; le bras est rapproché du tronc et l'épaule droite est de 1 centimètre et demi plus rapprochée de la ligne médiane que l'épaule gauche. En d'autres termes, ce jeune homme offre d'une manière permanente les signes physiques de la fracture de la clavicule.

2° *Au point de vue physiologique*, car, bien que les fragments jouissent l'un sur l'autre de la plus grande mobilité, les mouvements du bras n'en sont nullement modifiés et s'exécutent avec la plus grande liberté; le malade est aussi fort de son bras droit que de son bras gauche. Dans l'extension forcée, les deux fragments se placent presque bout à bout pour chevaucher fortement dans l'adduction exagérée; dans ce dernier mouvement, combiné à une propulsion du bras en arrière, de forts craquements se font entendre dus au frottement des deux fragments et nullement douloureux. Ainsi chez ce jeune homme, où la clavicule n'existe plus fonctionnellement parlant, les mouvements du bras s'exécutent cependant très bien, ce qui tend à démontrer le rôle peu considérable de la clavicule.

3° *Au point de vue séméiologique*, enfin, car ce jeune homme porte très facilement la main sur sa tête; or il est dans la position exacte d'un individu dont la clavicule vient d'être fracturée, ***mais la douleur seule est absente***, et, puisqu'il exécute parfaitement ce mouvement dont l'impossibilité est donnée comme un signe de la fracture de la clavicule, il faut en conclure que dans la fracture récente cette impossibilité est due à la douleur seulement et non point à la solution de continuité de l'os, ce que M. Gerdy a fait observer depuis longtemps.

M. Chassaignac a montré autrefois à la Société anatomique une ancienne fracture de la clavicule non consolidée et avec conservation des mouvements du bras, mais dans ce cas les deux fragments étaient

réunis par une pseudarthrose. Il ne faut pas oublier la part que prennent dans ces cas les mouvements des articulations sterno-claviculaires et ceux du tronc tout entier.

Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu guéri par une seule application de perchlorure de fer. — M. Broca présente une malade qu'il a guérie sans opération d'un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu par une seule application de perchlorure de fer sur la surface du derme dénudée par un vésicatoire.

Nous transcrivons l'observation communiquée par M. Broca :

Cette femme, qui exerce les fonctions d'infirmière à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, avait depuis sa naissance un grand nombre de *taches de vin* sur les joues, sur les paupières et sur le front. Il y a environ quatre mois, elle reçut un coup sur la partie latérale gauche de la région frontale. Peu de jours après, elle s'aperçut qu'il existait en ce point une tumeur pulsatile. Lorsque M. Broca prit le service de l'hôpital Saint-Antoine, le 1er août 1855, cette tumeur avait 4 centimètres de long sur 2 centimètres et demi de large. Elle formait sous la peau un relief de 1 centimètre ; elle était agitée de pulsations très énergiques et était le siége d'un bruit de souffle intermittent extrêmement fort, qui s'entendait jusqu'à plusieurs centimètres au-dessus et au-dessous d'elle.

Elle était située à la racine des cheveux, à 8 centimètres de l'arcade zygomatique, sur le trajet de l'artère temporale superficielle gauche ; celle-ci, plus volumineuse et plus flexueuse dans toute son étendue que celle du côté opposé, aboutissait à l'extrémité inférieure de la tumeur, où elle pénétrait en s'élargissant beaucoup et en décrivant cinq à six flexuosités rapides, comme les veines d'un paquet variqueux. La tumeur était entièrement constituée par ces flexuosités artérielles ; elle n'était pas douloureuse, mais elle faisait des progrès, et la malade, fatiguée par le bruit de souffle qu'elle entendait incessamment, commençait à s'inquiéter d'une manière sérieuse.

Il était clair qu'il s'agissait d'un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, et qu'il fallait arrêter promptement le développement de cette affection, dont les suites pouvaient être si fâcheuses.

M. Broca, avant de se décider à entreprendre une opération, voulut d'abord essayer de faire oblitérer la tumeur en appliquant directement sur elle une solution de perchlorure de fer, méthode imaginée par M. Thierry pour le traitement des varices, mais qui n'avait pas encore été appliquée au traitement des tumeurs artérielles.

Le 5 août, un vésicatoire fut appliqué sur la tumeur. Le lendemain on enleva l'épiderme, et on toucha la surface dénudée du derme avec un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer à 30°. Cet attouchement fut assez douloureux. On n'appliqua aucun pansement. Une croûte mince, brune et sèche se forma au bout de quelques heures. Cette croûte avait l'apparence d'une eschare superficielle ; mais le cinquième jour elle se détacha, et on aperçut les papilles du derme parfaitement intactes, preuve qu'il n'y avait eu aucune mortification.

Quant à la tumeur, elle avait paru affaissée dès le deuxième jour ; mais elle battait encore avec énergie, et on y entendait toujours le bruit de souffle. Le cinquième jour, à la chute de la croûte, on trouva que la partie la plus supérieure de la tumeur était dure et sans pulsations ; mais le reste de l'anévrisme battait toujours. Le bruit de souffle disparut le lendemain ; puis l'oblitération gagna de haut en bas toute l'étendue de la tumeur, qui fut ainsi transformée en une masse très dure et comme noueuse.

Le huitième jour la guérison paraissait complète, et aujourd'hui tout permet de croire qu'elle sera définitive.

Trois semaines se sont écoulées depuis que l'oblitération est achevée. La tumeur s'est notablement affaissée, elle ne forme plus qu'un très léger relief; mais on la sent encore très distinctement au toucher. Elle est très dure, et semble formée par un cordon solide et tortueux. L'artère temporale continue à battre entre la tumeur oblitérée et l'arcade zygomatique ; elle est encore un peu plus volumineuse que celle du côté opposé, mais elle est manifestement moins grosse qu'avant le début du traitement.

M. Broca se demande par quel mécanisme le perchlorure de fer a fait oblitérer cet anévrisme cirsoïde. Il comptait d'abord sur une coagulation immédiate, qui ne se produisit pas, et il crut pendant quelques jours que le traitement serait infructueux. L'oblitération ne s'étant produite qu'au bout de cinq jours, il est probable qu'elle a été due à l'inflammation provoquée par le contact irritant du perchlorure de fer.

M. Broca appelle l'attention de la Société sur une autre particularité importante. Il y avait dans le voisinage de la tumeur cirsoïde des tumeurs érectiles veineuses cutanées, disséminées sur la peau du front sous forme de taches d'un violet foncé. M. Broca profita de cette circonstance pour essayer l'action du perchlorure de fer sur les taches de vin. Dans ce but, il fit appliquer le vésicatoire non-seulement sur la tumeur, mais encore jusque sur le front. L'épiderme fut ainsi enlevé dans une assez grande étendue, et le perchlorure de fer fut mis

en contact avec la surface de cinq ou six taches veineuses. Or on peut voir aujourd'hui que ces taches ont disparu. Toute la surface sur laquelle l'application a été faite conserve une teinte brunâtre, comme cela du reste a souvent lieu à la suite des vésicatoires ordinaires. Cette teinte disparaîtra sans doute dans quelques semaines. En tout cas, il est certain que les tumeurs érectiles veineuses et congéniales de la peau peuvent être guéries par l'application du perchlorure de fer, et ce fait n'est pas sans importance, car on sait combien ces tumeurs sont réfractaires aux autres méthodes.

M. Robert pense également que le perchlorure agit en enflammant les tissus érectiles, à la manière des caustiques, plutôt qu'en vertu d'une action spéciale sur les vaisseaux.

M. Follin a traité par le perchlorure deux cas de pannus commençant avec kératite vasculaire. Il appliquait tous les jours une goutte de perchlorure de fer sur la cornée vasculaire ; les vaisseaux ont disparu au bout de huit jours, et cette pratique lui a paru très avantageuse.

M. Richet croit aussi à l'action caustique du perchlorure de fer ; il a employé cet agent hémostatique deux fois à la surface même des plaies qui ont été réellement cautérisées, et de la surface desquelles se sont détachées de véritables eschares. Une fois, c'était pour un malade affecté d'une plaie de la face qui a nécessité la ligaturo de la carotide (M. Richet a communiqué cette observation à la Société) ; dans le second cas, il s'agissait d'une large plaie transverale de l'avant-bras. M. Richet se demande si cette propriété caustique ne tient pas à quelques qualités particulières du sel de fer. Cela serait important à savoir d'avance ; car si le liquide était caustique, il ne serait pas prudent de l'introduire dans l'œil, comme l'a fait M. Follin.

M. Richard trouve un grand intérêt dans les succès obtenus par l'emploi du perchlorure dans le traitement du pannus. Pour lui, il a maintes fois appliqué le perchlorure à la surface des plaies ; jamais il n'a vu la moindre trace d'eschare.

M. Chassaignac. Les détails donnés par M. Broca démontrent que l'action du perchlorure n'a été nullement caustique dans le cas actuel. Cependant la causticité de cet agent a été observée plus d'une fois et ne saurait être mise en doute. La plupart de ceux qui ont traité soit des varices, soit des tumeurs érectiles par ce moyen, ont pu le constater. Dans un cas tout récent, M. Chassaignac ayant à traiter une tumeur érectile, le perchlorure détermina la formation d'une vaste eschare.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination de M. Desgranges (de Lyon). Ce chirurgien obtient l'unanimité moins une voix.

RAPPORTS.

M. Monod lit un rapport sur divers mémoires adressés par M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), et ayant pour titres :

1° *Histoire d'un accouchement laborieux fait en 1834; autopsie dix-neuf ans après;*

2° *Etudes expérimentales et pratiques sur le nitrate d'argent fondu ou sur la cautérisation des rétrécissements de l'urètre indurés, calleux, ordinairement infranchissables, faite avec une pâte caustique;*

3° *Histoire d'une maladie des voies urinaires.*

M. le rapporteur propose des remercîments à l'auteur et le dépôt honorable de ses travaux aux archives de la Société.

Ces conclusions sont adoptées, et la Société décide qu'une partie intéressante du rapport, ayant trait à la ponction de la vessie, sera insérée dans les *Bulletins.*

— M. Gosselin lit un rapport sur plusieurs mémoires adressés par M. Bardinet, professeur d'anatomie à l'Ecole préparatoire de Limoges. Ces travaux portent sur des sujets différents :

1° *Sur les fractures de l'olécrâne sans écartement des fragments.*

2° *Observation de corps étrangers qui ont parcouru le tube digestif sans déterminer d'accidents.* — Une femme, tourmentée par une monomanie de suicide, avait avalé successivement plusieurs fragments de verre, une clef, un étui, des morceaux d'un bénitier en porcelaine. Tous ces corps étrangers furent rendus par l'anus dans l'espace de douze jours sans avoir donné lieu à aucun accident. Il est vrai que la monomanie persista, car cette malheureuse se brûla la cervelle quelque temps après.

3° *Recherches anatomiques sur un repli formé par la synoviale de la hanche sur le col du fémur.* — Ce détail anatomique permet de comprendre la conservation d'un certain nombre de vaisseaux pour alimenter le fragment supérieur dans les fractures intra-capsulaires.

4° *Deux cas de résection de la mâchoire inférieure dans lesquels il n'y a rien eu d'imputable à la rétraction de la langue.* — L'auteur envoya cette note à l'époque où la Société s'est occupée de cette question, et à l'appui des opinions émises par MM. Larrey, Michon et Mai-

sonneuve sur l'exagération dans laquelle Delpech était tombé à cet égard.

M. Gosselin, ayant rappelé les diverses publications faites par M. Bardinet, et la position qu'occupe ce chirurgien, propose :

1° De nommer M. Bardinet membre correspondant;

2° De déposer aux archives les mémoires II et IV, et de renvoyer au comité de publication les travaux sur les fractures de l'olécrâne et sur la synoviale coxo-fémorale.

La discussion s'engage sur la partie du rapport relative aux fractures de l'olécrâne. M. Bardinet, s'appuyant sur un fait observé sur le vivant et sur des recherches anatomiques et expérimentales, s'élève contre l'opinion des auteurs classiques, qui pensent que dans la fracture de l'olécrâne le fragment supérieur est entraîné en haut par le muscle triceps.

L'auteur pense que cette ascension n'existe pas, et qu'il n'y a pas d'autre cause de l'écartement des fragments que la flexion du membre. Il en conclut que l'extension est la meilleure attitude à donner au bras pour obtenir la consolidation. M. Gosselin, dans son rapport, reproche à M. Bardinet d'avoir généralisé un peu trop vite et avec des faits trop peu nombreux.

M. Richet a observé quatre cas de fractures de l'olécrâne, et dans ces quatre cas l'écartement des fragments n'existait pas, ce qui lui avait déjà démontré l'exagération de l'opinion de Boyer.

Il s'est contenté, pour le traitement, de maintenir avec une écharpe le bras dans la demi-flexion, la consolidation s'est effectuée aussi bien que si l'on avait mis en usage les appareils les plus compliqués. On sentait seulement après la guérison une petite rainure transversale à l'endroit occupé par la fracture. Une de ses malades est actuellement encore employée aux bains de Tivoli, et il est possible de constater sur elle cette dernière particularité, très évidente aussi sur un malade traité à l'Hôtel-Dieu.

M. Bardinet est donc dans le vrai pour la majorité des cas.

M. Robert partage la même opinion. Il n'a ordinairement constaté qu'un écartement de quelques millimètres qu'on peut négliger dans le traitement. Cependant il existe une variété de fracture dans laquelle le triceps agit réellement sur le fragment supérieur. L'olécrâne est quelquefois détaché par un trait de fracture oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Lorsque le membre est dans la flexion, le triceps tirant perpendiculairement sur la partie la plus élevée de l'olécrâne, fait basculer le fragment de telle sorte que l'extrémité inférieure de

celui-ci presse les ligaments de dedans en dehors et finit par les perforer. Il a observé un cas de ce genre dans une circonstance qui est restée gravée dans sa mémoire.

Un malade était entré dans le service de Dupuytren alors que M. Robert y était interne. Il existait plusieurs fractures graves, et entre autres une fracture de l'olécrâne appartenant à la variété susdite. M. Robert appliqua à cette dernière un appareil qui fut laissé en place plusieurs jours. Au bout de ce temps, Dupuytren fit enlever cet appareil; la coaptation avait été si exacte, que ce chirurgien ne voyant pas les signes d'une fracture, ordonna tout simplement de ne point réappliquer l'appareil; il songeait celui-ci inutile, et croyait sans doute à une erreur de diagnostic.

L'attention ayant été détournée par les autres fractures, on s'aperçut dix jours après seulement que la pointe inférieure du fragment olécrânien s'était lentement soulevée et avait perforé la peau. Dans des cas de ce genre, il n'y a qu'une seule position qui puisse neutraliser l'action du biceps, c'est l'extension du bras.

M. Richet rappelle à ce propos avoir également observé au douzième jour la perforation de la peau. Mais dans un cas de fracture de l'olécrâne compliquée de luxation du coude un phlegmon survint, nécessita des incisions, et la guérison ne s'effectua que par ankylose.

M. Gosselin est satisfait d'avoir provoqué des communications sur ce point; car il s'était trouvé dans un certain embarras en lisant le travail de M. Bardinet. Il avait observé quelques cas de fractures de l'olécrâne, et, dominé par les idées classiques sur l'écartement des fragments, il avait attribué à ses soins la régularité de la consolidation, qui dépendait uniquement peut-être de l'absence de déplacement. Cependant, en consultant ses souvenirs, il lui semble que dans quelques cas il a vu un écartement dont il a triomphé par des appareils convenables.

Quant au déplacement que M. Robert vient de signaler, M. Gosselin en connaissait l'existence. Ces fractures doivent être rapportées à la variété décrite par M. Malgaigne sous le nom de fractures de la base de l'olécrâne. M. Gosselin en a observé un cas, et on doit le signaler avec d'autant plus de raison, que, malgré tous ses efforts, il n'a pu remédier à la difformité qui a persisté après la consolidation. M. Malgaigne, du reste, considère également ce déplacement comme irrémédiable.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, Arist. Verneuil.

Séance du 12 septembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Clot-Bey et Letenneur (de Nantes), membres correspondants, assistent à la séance.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Chassaignac soumet à l'examen de la Société un malade présentant, à la suite d'une affection des centres nerveux, un état de paralysie musculaire siégeant sur presque tous les muscles. Ceux qui conservent encore leurs mouvements offrent un degré marqué d'atrophie.

De l'emploi du perchlorure de fer dans les hémorrhagies. — A propos du procès-verbal, M. Ricord demande la parole pour donner quelques détails sur un fait qui montre que le perchlorure de fer ne jouit pas de propriétés hémostatiques infaillibles.

J'ai, dit M. Ricord, pratiqué l'amputation de la verge sur un malade de mon service. Les suites de l'opération étaient satisfaisantes, lorsque au septième jour survint une hémorrhagie. L'interne de service n'ayant pu, par les procédés ordinaires, se rendre maître du sang, je fus appelé, et ne voyant pas le point de départ de l'écoulement sanguin, je fis l'application d'un instrument dont je ne puis trop proclamer l'utilité dans les cas de ce genre, à savoir : les serres-fines. Je saisis au hasard les parties saignantes, et le sang fut arrêté. Pour augmenter ma sécurité, je crus alors devoir badigeonner la surface de la plaie avec une solution de perchlorure de fer ; mais à peine cet agent fut-il appliqué que l'hémorrhagie reparut, et je ne pus parvenir à l'arrêter ; il me fallut introduire une sonde dans le canal et étreindre l'extrémité du moignon dans une ligature circulaire.

ÉLECTION.

La Société procède par un vote simple à l'adoption des conclusions du rapport sur M. Bardinet, qui ensuite, au scrutin, est nommé membre correspondant.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Cullerier. — M. Ricord donne lecture du discours suivant :

Messieurs, je monte à cette tribune avec la conviction que cette nouvelle discussion sur des choses tant de fois discutées nous laissera chacun avec les opinions que nous avions déjà, sans faire avancer la science; heureux si elle ne la fait pas reculer.

Mais avant d'entrer en matière, je désirerais soumettre à la Société quelques observations relatives aux commissions chargées de faire des rapports. De deux choses l'une : ou l'importance d'un travail présenté au jugement d'une société exige qu'il soit soumis à l'appréciation de plusieurs de ses membres, ou bien il suffit qu'un seul en rende compte. Dans le premier cas, il nous semble de toute convenance ou que la commission s'assemble pour discuter d'abord le rapport, ou que M. le rapporteur lui donne connaissance de son travail avant de le présenter à la discussion générale, surtout lorsque dans ce rapport se trouvent des attaques contre un des membres de la commission. De la part de tout autre que de notre collègue M. Cullerier, j'aurais pu donner une fâcheuse interprétation à cette manière d'agir; mais pour lui, j'aime mieux croire à un oubli.

Je reviens donc au rapport de M. Cullerier, non plus comme membre de la commission, dont je n'ai pas fait partie, malgré l'ordre du bureau qui m'avait nommé, mais simplement à titre de membre de la Société de chirurgie.

Ce rapport se compose de deux parties : du rapport proprement dit sur le mémoire de M. Hammer et d'un examen des doctrines syphiliographiques. Quant à ce qui concerne M. Hammer, je partage complétement l'opinion de M. Cullerier, et porte le même jugement que lui sur la théorie que l'auteur a donnée de la localisation du chancre, de l'infection constitutionnelle et sur le traitement de l'ulcère primitif. Je n'ai donc rien à ajouter ni à supprimer, et j'aurais signé avec lui ses conclusions si j'avais fait partie de la commission.

J'arrive maintenant à la seconde partie du travail si bien écrit de M. Cullerier et aux questions qu'il dit que le mémoire de M. Hammer a soulevées, et qui lui fournissent l'occasion d'un examen des doctrines à l'ordre du jour. Dans cette espèce de pérégrination syphiliographique, M. le rapporteur, qui m'a souvent rencontré pour me donner une poignée de main d'entente cordiale, a fini pourtant par me faire quolques signes d'adieu. Je dois avouer aujourd'hui que j'en avais été légèrement ému, car on n'aime pas à se séparer de ses amis; mais depuis la

lecture attentive du rapport, je suis resté convaincu que la séparation de M. Cullerier n'est qu'un temps d'arrêt.

Voici, du reste, les points de doctrine sur lesquels M. le rapporteur a appelé l'attention :

De l'unité du virus syphilitique;

De l'importance symptomatologique de l'induration du chancre;

De l'unicité de la diathèse syphilitique.

J'ai accepté de mes devanciers, j'ai professé depuis plus de vingt ans, et je professe encore, comme vous l'a dit M. le rapporteur, l'*unité* du virus syphilitique.

Malgré l'anathème lancé par Carmichael contre cette manière de voir, et la dénomination d'absurdes qu'il adressait à ceux qui pouvaient y croire, je prouvais bien souvent à ma clinique qu'on pouvait renvoyer à mon trop ingénieux ami d'Irlande ce qu'il adressait aux autres.

En effet, il n'est pas raro de voir sur le même malade, à la suite d'un accident primitif dont l'aspect peut varier comme forme, mais non comme nature, survenir toute la série des accidents attribués par Carmichael à ces quatre formes primitives, partant, à ces quatre virus spéciaux, pourvu qu'on tienne compte du temps d'apparition des manifestations, de leur siége, des influences des traitements et de tant d'autres causes inutiles à énumérer, qui peuvent agir sur le malade et réagir sur la maladie pour la modifier, la défigurer même dans ses symptômes initiaux aussi bien que dans ses conséquences. Du reste, Carmichael avait fait ce que tout le monde fait le plus généralement, ce qu'on est le plus souvent forcé de faire, surtout dans les hôpitaux, d'étudier une moitié de la maladie, c'est-à-dire la maladie sur un seul des deux individus qui doivent la composer, sans savoir (dans la plus grande majorité des cas) quelle a été la source réelle du mal, les symptômes *exacts* de l'individu contagionnant.

Placé dans les mêmes conditions dont je me méfiais, je m'efforçai d'en sortir bien vite lors de mes recherches cliniques et expérimentales sur la blennorrhagie, pour séparer à jamais les accidents syphilitiques proprement dits de cette forme souvent trompeuse des maladies réputées vénériennes. Mais, admettant, après cela, une source unique pour le chancre, une graine toujours la même, il me parut facile d'expliquer ses différentes variétés comme forme primitive, et ses nombreuses et variables conséquences dans l'état constitutionnel par les diverses idiosyncrasies, par la nature du terrain, si l'on veut, et par l'influence d'autres causes accidentelles en dehors de la spécificité.

Ceci posé, en étudiant l'accident primitif, je dus reconnaître ce que

d'autres, bien avant moi, avaient parfaitement reconnu, et ce que les confusionnistes de tous les temps ont voulu méconnaître; à savoir, que tous les chancres ne sont pas forcément suivis d'accidents constitutionnels.

Je suis heureux de voir dans le rapport de M. Cullerier que telle est aussi son opinion : nous nous touchons donc la main sous ce rapport. Mais ce qui nous fait encore beaucoup de plaisir, c'est de pouvoir saisir cette rare occasion pour nous donner la main avec M. Vidal, qui, par extraordinaire, admet comme nous que tous les chancres n'infectent pas la constitution.

Il y a donc, pour ceux qui se donnent la peine d'observer, quelle que soit l'envie qu'ils aient de dire non quand d'autres disent oui, des chancres qui sont suivis de l'infection constitutionnelle et d'autres qui restent à l'état de simple lésion locale, sans retentissement spécial dans l'économie.

Si cela est, et cela est, est-il important de le reconnaître et d'établir un diagnostic différentiel au point de vue du pronostic et du traitement? Incontestablement, oui. Il n'est pas indifférent de savoir, ou non, si un malade a ou n'a pas une syphilis constitutionnelle; s'il doit, ou non, se soumettre aux exigences et, quoi qu'on en dise, aux inconvénients d'un traitement plus ou moins spécifique, qui, une fois intervenu mal à propos, ne sert qu'à voiler et à jeter l'incertitude sur l'avenir.

La différence qui existe entre le chancre infectant et le chancre local, vous l'avez reconnue dans la très grande majorité des cas, et vous êtes forcés de répéter mot à mot ce que depuis plus de vingt ans j'enseigne et j'écris; à savoir, que l'induration qui double la base de certains chancres ou les bords, quand elle est bien et dûment constatée, est un signe pathognomonique de l'empoisonnement général, un premier symptôme de syphilis constitutionnelle, qu'à ce signe si important s'ajoute, règle générale, l'adénopathie symptomatique, sur laquelle j'ai tant insisté, et qui seule peut encore éclairer le clinicien quand l'induration fait défaut, ou plus souvent semble faire défaut.

Mais, comme si vous aviez du regret de trouver une lumière qui pût vous éclairer dans les ténèbres où se plaît et se débat l'aveugle empirisme, vous vous hâtez de la mettre sous le boisseau du doute et de l'erreur.

M. Vidal, qui ne peut pas nier l'induration, parce qu'on ne peut pas nier l'existence du soleil, vous dit que tous les chancres sont plus ou moins indurés; seulement, que ce sont les plus indurés qui sont l'indice de l'infection constitutionnelle; et comme logique, qui pour tout

autre qu'un esprit aussi distingué serait une naïveté, M. Vidal ajoute qu'il a vu des chancres indurés n'être pas suivis d'accidents constitutionnels. A M. Vidal, je répondrai : Appliquez-vous à reconnaître le degré de l'induration qui annonce la syphilis générale, si vous ne savez pas ou ne voulez pas reconnaître sa qualité, et vous rendrez service à vos malades.

Cependant, tandis que notre collègue de l'hôpital du Midi veut que tous les chancres soient plus ou moins indurés, ou, comme je l'enseigne, plus ou moins durs, M. Cullerier aurait une grande tendance à professer le contraire, sous prétexte qu'il ne trouve pas ou ne reconnaît pas toujours l'induration spécifique chez les femmes. Femmes perfides! destinées trop souvent à tromper les hommes, les savants surtout; ou bien femmes incomprises ; faute d'être mieux vues à temps et mieux étudiées.

M. Cullerier nous dit qu'il connaît toutes les causes d'erreur que j'ai signalées, toutes les nuances si importantes sur lesquelles j'insiste. J'en suis convaincu, car personne ne reconnaît plus que moi le savoir de notre collègue, sa bonne volonté d'observation et sa probité scientifique. Et pourtant tous les chancres n'infectent pas! Il y a donc des différences qu'il faut établir, que j'établis pour mon compte dans la très grande, dans la plus grande majorité des cas, et qu'il faut que vous nous aidiez à pouvoir poser toujours, au lieu de vous décourager parce qu'il vous est arrivé de vous tromper une fois ou plus. Que diriez-vous d'un chirurgien qui renoncerait à diagnostiquer une fracture, une hydrocèle, une collection purulente ou autre, sous prétexte que la crépitation, la transparence, la fluctuation avaient pu lui manquer quelquefois? Vous vous êtes trompé, monsieur Cullerier; mais que cela ne vous décourage pas; je suis sûr que vous vous trompez rarement quand vous vous donnez la peine d'écouter, de voir et de toucher vos malades, ce que tout le monde ne fait pas.

Il y a des cas douteux, eh, mon Dieu, oui; mais faites-moi le plaisir de me dire quelle est la maladie la mieux connue, que vous empruntiez l'exemple à la pathologie interne ou externe, qui ne laisse jamais de doute, et sur laquelle vous mettriez toujours et d'emblée une étiquette, un diagnostic absolu? Il n'en est pas, n'est-il pas vrai? Eh bien! ne soyez donc pas plus exigeant pour cette pauvre vérole, qu'il faut finir par plaindre, tant on lui rend le mal qu'elle fait, en la torturant même dans sa franchise et en repoussant les sincères aveux qu'elle nous fait ou qu'elle va nous faire, quand nous savons attendre, ou lui mettre un point d'interrogation lorsqu'elle n'a pas encore eu le temps de parler.

Il suffit à M. le rapporteur qu'une ulcération soit contagieuse pour la distinguer de toute autre ulcération qui pourrait simuler le chancre, et sans doute pour instituer son traitement. Ah! monsieur Cullerier, vous avez reproché à mes élèves d'exagérer mes principes et d'être souvent plus absolus que moi, vous avez eu raison; mais que faites-vous dans ce moment, si ce n'est de ne reconnaître d'autre signe que celui fourni par l'inoculation artificielle, car vous ne pouvez pas toujours remonter à la source physiologique ou plutôt pathogénique des chancres que vous avez à traiter. Les autres signes ont pourtant pour vous beaucoup d'importance, vous l'avez dit, très bien et très élégamment dit, dans votre intéressant rapport; mais vous jalousez un peu l'induration huntérienne que j'ài su rappeler à l'attention des bons observateurs, parce que vos femmes n'en ont pas assez. Vous êtes sur le point de commettre à son égard une nouvelle injustice quand vous ne voulez pas que son exagération soit une preuve d'une plus grande intensité d'action du virus chancreux, vous qui la regardez aussi comme étant déjà un accident secondaire. N'est-ce donc pas, dans tous les cas, un accident secondaire plus fort qu'une induration plus faible? Mais si vous n'avez pas vu que le plus souvent les autres accidents qui vont suivre sont aussi plus graves ou plus tenaces, c'est que, comme moi, vous n'avez pas tout vu, car je n'ai jamais vu un chancre bien et dûment induré n'être pas suivi d'accidents constitutionnels quand un traitement spécial n'était pas intervenu.

Et mon ami Diday, mon ancien et bon élève, ce syphiliographe savant, cet écrivain élégant et facile, trop facile peut-être, dont je reconnais l'incontestable mérite aussi bien que vous, n'est pas toujours de mon avis, dites-vous; est-il donc toujours du vôtre? M. Vidal croit-il à là science profonde, à l'observation sérieuse, aux déductions cliniques et expérimentales incontestables de M. Diday lorsqu'il s'agit des vaccinations préventives de la syphilis constitutionnelle à l'aide de l'inoculation du sang pris à la peau qui couvrait une exostose sur un individu arrivé à la période tertiaire de la syphilis; ou n'est-ce que lorsque ses opinions sont opposées aux miennes qu'il a raison? M. Diday est un homme de savoir d'un grand mérite, mais surtout un homme d'esprit, qui connaît toujours les besoins des opinions qu'il a à soutenir et les moyens dont il doit se servir. Sa lutte contre l'induration, pour lui espèce de bloc de Sisyphe, est facile à comprendre, car elle a écrasé la vaccination préventive basée sur cette fameuse statistique d'emprunt que vous connaissez, et qu'il me saura gré de ne pas rappeler.

Quoi qu'il en soit, l'étude des causes accidentelles qui pouvait expliquer les différences d'action du virus syphilitique, ou d'aptitude des malades à contracter la vérole constitutionnelle, me fit reconnaître une loi qui domine du reste les affections virulentes, les maladies à principe spécifique, à savoir : qu'une première infection s'oppose à une seconde tant que l'influence de la première dure ; qu'on n'a pas ordinairement deux fois la variole, qu'une première vaccination s'oppose à une seconde ; que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc., ne se montrent généralement qu'une fois dans la vie, et que les exceptions plus ou moins nombreuses à cette loi n'ont lieu qu'après un temps plus ou moins long aussi et en rapport avec le plus ou moins de ténacité de la disposition acquise. Eh bien! la disposition syphilitique, comme l'appelait Hunter, ou, si vous aimez mieux, la diathèse syphilitique, est une des plus tenaces ; la *teinture* vérolique, pour me servir d'une expression d'Alexandre Benedeti, est bon teint : d'où la difficulté de trouver deux fois sur le même individu la syphilis se déroulant et parcourant ses phases successives d'un nouvel accident primitif à de nouveaux accidents consécutifs réguliers. Pour reconnaître tout cela, il n'est même pas besoin de l'absolutisme de M. Cullerier, qui n'admet jamais d'interruption dans la chaîne des manifestations syphilitiques, et par conséquent nie les influences variées des traitements plus ou moins efficaces, plus ou moins complets, si on veut, et se met ainsi en flagrant délit d'opposition avec les faits les plus journaliers, les plus vulgaires.

Cette loi, n'en déplaise aux anarchistes, je l'ai vérifiée sur des milliers de malades, car c'est par mille qu'ils se comptent à l'hôpital du Midi. Sur tous ceux qui avaient eu à diverses reprises, à diverses époques des accidents réputés primitifs, et qui plus tard se présentaient à moi avec des accidents généraux, il m'était possible de remonter à la source unique en parcourant soigneusement et pas à pas les étapes de la maladie, m'arrêtant là où des traitements avaient pu l'arrêter, pour arriver enfin à son point de départ ; que si des malades venaient me consulter avec de nouveaux accidents primitifs, ceux-ci ne prenaient ni la forme locale du chancre infectant, ni ne donnaient lieu à de nouveaux accidents constitutionnels.

Ce qui s'observait sur les malades qui avaient contracté eux-mêmes la syphilis, il était rationnel de l'admettre chez ceux qui avaient été soumis aux influences héréditaires, et, en ajoutant à cela ces inconnus qu'on nomme prédispositions et en vertu desquelles on échappe ou non aux infections viruleutes, j'avais une théorie suffisante pour tout m'expliquer.

Toutefois, pour apprécier ces différentes conditions, il faut nécessairement connaître la vérole ou ne pas feindre de l'ignorer; il faut savoir quand et comment ses symptômes se produisent, ce qui peut les modifier ou en intervertir l'ordre. Il ne faut pas, par ignorance de sa marche naturelle ou par esprit d'opposition, laisser croire que la syphilis peut commencer quinze jours après un chancre ou une blennorrhagie, par une exostose du tibia, et finir trente ans plus tard par une roséole. Il ne faut pas, en soumettant tous les malades pour n'importe quoi à un traitement mercuriel, prendre ce traitement pour prétexte de la non-apparition d'accidents qui n'auraient pas paru sans cela.

A cette loi de l'unicité de la diathèse, vérifiée avec toute l'attention possible, je n'ai pas encore trouvé une exception sérieuse, incontestable, réunissant toutes ses conditions d'être. Dans les cas exceptionnels publiés par d'autres observateurs, il a toujours manqué quelque chose, soit que les observations fussent mal recueillies, soit que ce quelque chose qui les annulait manquât réellement. Eh bien ! malgré tout cela, qu'ai-je dit ? qu'ai-je écrit ? si ce n'est qu'à cette règle générale il devait y avoir des exceptions, comme pour la variole, comme pour le vaccin. Ces exceptions, loin de les rejeter, je les cherche, je les demande, je les veux même très nombreuses ; elles seront la preuve qu'on se débarrasse vraiment de l'influence syphilitique, qui pour persister n'implique cependant pas la nécessité de nouvelles manifestations et ne s'oppose pas à ce qu'on puisse considérer souvent les malades comme étant guéris.

Du reste, M. Cullerier, vous l'avez entendu, reconnaît l'unicité de la diathèse syphilitique ; seulement, comme moi, il veut des exceptions à la règle générale : nous sommes donc d'accord.

Revenons maintenant à la question d'unité du virus syphilitique ou de pluralité des virus.

S'il existe encore entre M. Cullerier et moi quelques différences d'opinions dans certains détails de doctrines et quelques nuances dans nos croyances, toujours est-il qu'il paraît établi entre nous :

Que tous les chancres n'infectent pas ;

Que les chancres infectants ont très souvent pour moi et assez souvent pour les autres des caractères particuliers;

Que la diathèse syphilitique ne se double pas, ou que, *règle générale*, on n'a pas deux fois la vérole constitutionnelle : une suffit !

J'ai cru jusqu'à présent, comme vous l'a dit M. Cullerier, qu'on pouvait expliquer ces différentes conditions en admettant un seul et même

principe subissant des modifications selon certaines circonstances dans lesquelles il agissait. Cependant, je dois le dire, en présence de certains faits, il m'est souvent venu des doutes énoncés dans mes leçons cliniques, exprimés dans mes écrits. Ces réticences, que notre collègue qualifie de regrettables, sont autant de portes ouvertes à l'avenir, aux travailleurs. Deux de mes élèves des plus distingués, MM. Basserau et Clerc, imbus de mes principes, ont cru pouvoir trancher la difficulté et arriver par une théorie différente à la solution du problème. M. le rapporteur vous a exposé leur doctrine, je n'ai donc plus besoin de le faire. Mais les arguments qu'il a employés pour les combattre ne me paraissent pas suffisants et prouvent, quoi qu'il en dise, qu'il n'est pas assez préparé pour juger la question de la pluralité des virus.

Entre autres arguments en faveur de la pluralité des virus, ou de la modification comme graine du virus syphilitique, il en est un dont il est impossible d'atténuer l'importance, c'est la similitude des accidents chez l'individu infectant et chez l'individu infecté. C'est une règle générale à laquelle, je dois le dire, je n'ai trouvé que de très rares exceptions. Exceptions qui devraient être très nombreuses et renverser la règle générale si vraiment le rapport obligé des formes primitives n'existait pas. Ces rares exceptions, quand MM. Bassereau et Clerc veulent les expliquer par des erreurs de source, M. Cullerier récrimine, lui qui en a fait son plus puissant argument dans la syphilis héréditaire seulement possible de la mère à l'enfant. Pour moi, je suis plus juste : quand je me bats, je laisse prendre à mes adversaires les armes dont je me sers.

Que si la doctrine de Carmichael a été détruite de fond en comble, c'est qu'il n'avait étudié, comme je l'ai déjà dit, qu'une moitié de la maladie, que l'individu infecté, sans savoir de qui il tenait toujours l'infection.

J'ajouterai, comme arguments qui méritent une très grande attention dans cette importante question, que j'ai fait observer que dans toutes les inoculations faites sur des individus sains avec du pus de chancres pris sur des malades affectés d'accidents secondaires, on avait donné lieu au chancre induré, suivi à son tour d'accidents constitutionnels ; j'avais fait remarquer que, si les nombreuses et incalculables inoculations des syphilisateurs n'étaient pas généralement suivies d'accidents généraux, c'est que les syphilisateurs empruntaient le pus aux chancres qui fournissent le mieux et le plus longtemps le pus spécifique, c'est-à-dire aux chancres non indurés; mais que, lorsqu'ils avaient pris du pus de chancre induré, comme cela est arrivé à M. P..., la vérole

constitutionnelle était survenue, malgré les nombreux chancres non indurés qui avaient précédé. Le même résultat a pu être observé chez M. le docteur L..., ce persévérant expérimentateur. L'inoculation du pus fourni par une ulcération infectante chez un sujet à syphilis constitutionnelle a produit chez lui un chancre induré suivi des accidents généraux; mais depuis M. le docteur L..., qui a pu encore s'inoculer du pus de chancre simple dans une proportion impossible à dire, n'a plus réussi à s'inoculer du pus de chancres indurés, pas plus que celui des accidents secondaires.

Ajoutez encore à cela, quelles que soient nos différentes manières de voir sur la transmission de la syphilis aux animaux, que, si on a pu leur communiquer des chancres avec le pus des chancres non indurés, on ne leur a jamais donné la syphilis constitutionnelle.

Toutes ces raisons, messieurs, ont une grande valeur, et, si les doctrines que MM. Basserau et Clerc veulent établir laissent encore assez à désirer pour que je ne les aie pas d'abord proclamées ou adoptées l'une ou l'autre, toujours est-il que M. Cullerier ne les a pas renversées. Tout n'est pas dit.

M. Cullerier réplique en ces termes :

Je remercie M. Ricord des paroles qui commencent son discours, car je ne dissimulerai pas que j'avais été très choqué de l'apostrophe un peu dure qu'il m'avait adressée lorsque j'eus terminé la lecture de mon rapport. Je ne voyais en effet dans ce que j'avais dit que quelques dissidences entre lui et moi; je ne comprenais pas en quoi j'avais pu faire rétrograder la science; je supposais ou que je m'étais mal fait comprendre, ou qu'il ne m'avait pas écouté, et à part moi j'en appelais de M. Ricord distrait à M. Ricord attentif. La lecture de mon rapport lui a fait reconnaître qu'il l'avait mal apprécié à l'audition, et vous venez de l'entendre dire que nous pouvions encore nous donner la main. Il n'en devait pas être autrement dans cette grande question de l'unité du virus syphilitique, unité que M. Ricord a toujours professée, et qu'il ne pourrait abandonner sans brûler ses écrits et sans faire oublier, s'il était possible, son enseignement si populaire.

M. Ricord admet donc qu'il n'y a qu'un virus, mais qu'il varie suivant les individus; c'est tout ce que je demandais. Cependant notre collègue me reproche de ne pas être préparé à juger la question de la pluralité du virus, et de n'avoir qu'un fait à rapporter. Je lui en demande pardon, je crois être très en état d'apporter mon contingent de lumière à la discussion. Je lui rappellerai d'abord cette malade de mon

service qu'on avait prétendu devoir être exempte de vérole constitutionnelle parce qu'elle avait des chancres simples contractés avec un individu affecté lui-même de chancres simples, laquelle femme a pourtant présenté au bout de peu de temps les symptômes non équivoques d'infection constitutionnelle. Je lui rappellerai aussi l'observation citée dans mon rapport, de ce jeune homme qui, ayant eu autrefois une syphilis générale et étant actuellement atteint d'un chancre qui resta à l'état simple, ne communiqua pas moins à sa jeune femme un chancre qui s'indura et fut suivi de manifestations secondaires et tertiaires. Je pourrais lui citer d'autres observations pareilles, tirées surtout de mon service de Lourcine. Mais pourquoi me reprocher de ne pas être préparé à juger la question, quand il vient lui-même nous répéter, conséquent avec tout ce qu'il a écrit, que la règle générale du chancre simple produisait le chancre simple, tandis que le chancre induré produit fatalement la vérole par inoculation? Règle générale à laquelle il reconnaît lui-même de nombreuses exceptions. Eh bien! ce sont ces exceptions que M. Ricord a vues, ce sont celles dont je suis si souvent témoin qui me font soutenir que la théorie est fausse. Mais l'expérimentation vient encore à l'appui de mon opinion sur l'unité du virus, quand je vois qu'en inoculant du pus de chancre simple j'ai pu produire le chancre induré.

M. Ricord, pour prouver l'innocuité fréquente du chancre simple, nous rappelle les expériences des syphilisateurs, qui si souvent employaient du pus de chancre sans produire d'inoculation infectante, et auxquels il assurait qu'ils obtiendraient un résultat positif, c'est-à-dire une belle vérole constitutionnelle, s'ils se servaient de pus de chancre induré. Cette proposition me semble grave, et il faut qu'on y prenne garde, dans une école qui soutient avec juste raison, selon moi, que l'induration c'est déjà la manifestation secondaire.

Dans mon rapport, j'ai dit qu'il me suffisait, pour caractériser une ulcération, qu'elle fût contagieuse, et M. Ricord me demande si, par le seul fait de la contagion, j'institue un traitement antisyphilitique. Voici ce que j'ai à répondre : comme je suis loin de croire que tous les chancres infectent, et comme je sais qu'un bon nombre restent à l'état local simple, quelle que soit leur origine, jamais je ne fais faire de traitement tant que l'ulcération reste dans ces conditions. Mais si l'induration, faisant défaut localement, vient cependant retentir sur les ganglions en y produisant l'engorgement indolent caractéristique, alors j'ai recours au mercure, parce que cela équivaut, à mes yeux, à l'induration chancreuse, et que l'infection générale me paraît acquise. En un

mot, j'emploie le mercure comme traitement curatif, car je déclare que j'ai peu de foi dans sa vertu préservative.

Suivant M. Ricord, plus un chancre est induré, plus la syphilis générale qui en sera la suite deviendra grave; de sorte que l'induration serait un syphilomètre, ainsi qu'il le dit dans une de ses lettres. C'est là une opinion que je ne saurais partager, car j'ai vu des manifestations secondaires des plus étendues et des plus rebelles après une induration à peine sensible, tandis que je n'ai vu souvent que des phénomènes généraux légers et fugaces après des indurations cartilagineuses des plus larges et des plus opiniâtres; ce qui, je le reconnais, peut tenir à cette circonstance que plus l'induration persiste, plus le traitement mercuriel est prolongé et plus le malade a par conséquent de chances d'être préservé.

Enfin, à propos d'une observation que j'ai citée dans mon rapport, M. Ricord revenant sur la question d'unicité de la vérole constitutionnelle, nous déclare qu'il n'a pas érigé cette opinion en loi absolue et qu'il ne demande partout que des faits contradictoires. Eh bien! ces faits, ma conviction est que notre honorable collègue n'est plus à les chercher, mais qu'il les a trouvés.

M. Ricord. Je suis très heureux d'avoir entendu l'addition que notre collègue vient de faire à son rapport. La question de thérapeutique, la plus importante sans contredit, me paraît jugée dans le même sens par M. Cullerier et moi. Ainsi, tous deux nous sommes d'avis de n'instituer le traitcment antisyphilitique que dans les cas de chancre induré, et nous abandonnons le chancre non induré au traitement simple lorsqu'il se montre seul, sans concomitance de phénomènes d'infection générale. Dès lors il est établi que nous repoussons le traitement aveugle, empirique, que rien ne justifie.

M. Cullerier nous a parlé dans sa réplique d'un cas dont il veut tirer un grand parti pour juger la question de l'unicité du virus. Le chancre simple non induré peut donner le chancre infectant, car, nous dit-il, un malade auquel il donnait des soins pour un chancre simple a pu, en ayant commerce avec sa femme, transmettre à celle-ci un chancre induré; mais, dans cette circonstance, j'avoue que je n'accepte pas la filiation tracée par notre collègue, et je soupçonne fort la malade d'avoir puisé son mal à une autre source. Je m'étonne en entendant les protestations de plusieurs de nos collègues lorsque j'émets ainsi ces soupçons; je les crois fondés d'abord, et ensuite j'use d'un droit légitime de représailles en n'admettant pas la version de M. Cullerier. Une de

mes observations, que je crois parfaitement exacte, n'a-t-elle pas été accueillie avec le même doute? Je puis dire que j'ai vu de très jeunes femmes mariées, à peine affranchies de la surveillance maternelle, élevées dans des pensionnats aux règles rigides et sévères, offrir peu de temps après le mariage des plaques muqueuses, et leurs maris se désespéraient, croyant avoir rendu leurs femmes malades parce qu'ils avaient eu une chaude-pisse quinze ou vingt ans avant. Je crois que le chancre simple, dans la très grande majorité des cas, ne transmet que le chancre simple; et en puisant dans les faits si nombreux des syphilisateurs, n'avons-nous pas la preuve manifeste de ce que j'avance? Que font-ils en effet dans leurs expériences? Où puisent-ils le pus qui doit servir à leurs inoculations? sur le chancre non induré. Aussi, quand les choses se passent de cette façon, l'inoculé reste indemne de toute infection générale; mais si la lancette de l'opérateur s'adresse au chancre infectant, à celui qui est vraiment induré, alors vous pouvez presque assurer que la victime de cette inoculation sera vérolée.

M. Cullérier nous dit qu'en prenant du pus sur un chancre non induré, il a obtenu un chancre infectant. Que notre collègue nous dise comment s'est passé ce fait intéressant.

M. Cullerier. J'ai pris sur un individu, parfaitement sain du reste, du pus sécrété à la surface d'un chancre non induré, et l'inoculation de ce pus faite sur le même malade a déterminé un chancre induré.

M. Ricord. Eh bien! avec ces détails, je puis dire que cette observation est de toute nullité, car l'inoculation ainsi pratiquée sur le même individu a donné la preuve seulement que le premier chancre n'avait pas les caractères pathognomoniques propres à l'ulcère syphilitique infectant, et vous savez que dans certaines circonstances, sous une influence qui peut varier, telle que la disposition anatomique des tissus, par exemple, l'induration ne se fait pas, et c'est dans ces cas douteux que l'inoculation peut servir de flambeau pour faire disparaître l'obscurité du diagnostic.

Je n'ai pas besoin, du reste, d'insister sur ces différences imprimées à la marche de l'induration: la symptomatologie laisse sur ce point des *desiderata*. On sait seulement que le chancre ne se comporte pas de même, quant à l'induration, sur l'homme et sur la femme, et que sur l'homme, par exemple, le chancre de l'anus ne se conduit pas comme celui de la verge.

M. Vidal. Je demande à M. Ricord de vouloir bien nous dire s'il admet positivement que le chancre peut être infectant sans être induré.

M. Ricord. J'ai déjà, et à plusieurs reprises, admis cette proposition, comme exceptionnelle, il est vrai.

M. Huguier. Je remercie M. Ricord de cette déclaration ; elle ne saurait être trop hautement publiée, car on a reproché, avec raison, aux élèves de notre collègue d'être bien autrement exclusifs. Nous leur avons entendu proclamer que sans l'induration il ne pouvait y avoir d'infection : nous pourrons dès maintenant les renvoyer aux paroles du maître.

Nous avons entendu aussi avec satisfaction M. Ricord dire que les chancres de l'anus ne se comportaient pas comme ceux situés sur d'autres parties.

Nous nous permettrons une autre observation : suivant notre collègue, il y a des chancres qui infectent et d'autres qui n'infectent pas ; mais alors il y a deux virus ? Nous savons que ce n'est cependant pas là l'opinion de M. Ricord. N'est-il pas plus simple et plus rationnel de dire que certains individus sont réfractaires à l'invasion syphilitique, quels que soient du reste la forme et le nombre de chancres qu'ils aient eus ? C'est ainsi que j'ai vu des malades contracter jusqu'à sept fois des accidents primitifs et rester néanmoins à l'abri de la vérole constitutionnelle.

M. Ricord. M. Huguier vient de répéter tout ce que nous avions dit. Mais il est une loi à laquelle je n'ai jamais vu d'exception, c'est que, l'induration existant, il y a nécessairement infection syphilitique. M. Huguier a-t-il des preuves contraires à opposer à cette loi ?

M. Huguier dit qu'il a vu des individus qui ont eu beaucoup de chancres sans être infectés. Je ne le nie pas, mais alors il faut qu'il n'y ait ni induration, ni engorgement ganglionnaire.

Mais pour en revenir à la question de pratique, je demanderai à M. Huguier s'il serait disposé à faire subir un traitement antisyphilitique à tout individu présentant une altération qu'il croira être un chancre ?

Mes élèves, dites-vous, vont trop loin ; c'est possible, car ils subissent l'entraînement de la jeunesse. Mais, croyez-le bien, ils ne sont pas aussi exclusifs que vous le dites, et avant de prendre un parti ils observent et savent attendre.

Nous ne sommes plus à cette époque où l'on disait à un individu : Vous avez un chancre, dans trente ans vous pourrez avoir la vérole. Serais-je seul pour combattre une telle assertion, rien ne me ferait changer d'opinion. La vérole a pour faire ses évolutions un temps déterminé au delà duquel le danger a disparu. Si un an après l'apparition

d'un chancre un malade n'a pas eu de symptômes d'infection, il peut se marier sans crainte, et si ses enfants sont bien à lui ils seront sains.

M. Huguier. Non, sans doute, je ne ferai pas subir de traitement mercuriel à un individu affecté d'accidents primitifs légers; mais j'apporterai dans les soins à donner à un malade de ce genre une excessive attention, et je demande surtout de ne pas laisser généraliser dans une forme absolue le principe de la non-infection générale par le chancre sans induration.

M. Robert. La question scientifique, telle qu'elle est posée dans cette discussion, offre sans doute le plus grand intérêt, et elle comporte un grand nombre de détails; aussi je n'ai pas l'intention de m'y arrêter. Ce que je veux, c'est ramener tout ce qui a été dit à l'application pratique pure. Jo vois avec plaisir que sur certains points l'accord est parfait. Ainsi, par exemple, on paraît unanimement admettre que tout chancre induré réclame le traitement antisyphilitique; mais il reste plusieurs autres points qui ne présentent pas la même clarté. Ainsi, comme symptôme indiquant, suivant les syphiliographes, la réalité de l'infection, ils signalent les engorgements ganglionnaires. Quant à moi, je ne suis pas édifié sur la valeur de ce signe, que vous élevez à la même signification que l'induration. Est-ce que le retentissement ganglionnaire est si difficile à produire qu'il ait besoin pour se montrer d'être sous la dépendance d'une infection? Il reste évidemment là un point douteux, et que la discussion ne me paraît pas avoir éclairée.

Abordons maintenant une autre question. Un individu porte un chancre non induré encore récent; il peut ne pas être induré ou parce qu'il y a eu déjà infection à une époque plus ou moins éloignée, ou encore parce qu'il vient d'une source non infectante: que devra-t-on faire? Le malade va se marier ; suivant votre opinion, cet individu a dix-neuf chances contre une pour ne pas devenir vérolé, mais il lui reste ce mauvais numéro qui peut évidemment lui incomber. Il faut attendre, dites-vous encore ; mais l'ulcération ne se cicatrise pas. Alors, suivant moi, on doit s'inquiéter, et dans de telles conditions le traitement antisyphilitique me semble indiqué, et j'y ai recours.

Un autre malade a contracté un chancre; la cicatrice est faite; elle a exigé un mois de traitement simple; il vous consulte aussi pour savoir s'il peut se marier sans appréhension pour l'avenir de sa santé et pour celle de sa femme et de ses enfants. Dans ce cas comme dans le précédent, je l'avoue encore, je n'ose trancher la question négativement; et, comme le faisait Marjolin, je prescris un traitement. Com-

bien de fois, en effet, n'a-t-on pas vu de ces malades ainsi abandonnés présenter, après un laps de temps plus ou moins long, des manifestations tertiaires, et engendrer des enfants couverts de pemphigus, et tous ces accidents ne disparaître que sous l'influence d'un traitement antisyphilitique.

En résumé, il est un point de la doctrine que soutient M. Ricord qui me paraît adopté et reconnu par tous, c'est que le chancre induré ou compliqué d'engorgements ganglionnaires indolents doit être traité par le mercure. Quant au chancre non induré, simple, je demanderai à notre collègue de nous dire si, lorsqu'il ne fait subir aucun traitement au malade qui en est affecté, il reste parfaitement rassuré sur les conséquences de cette manière de faire.

M. Ricord. M. Robert nous ramène sur le terrain de la pratique pure; je l'y suivrai avec plaisir. Voilà, messieurs, quelle est l'opinion de notre collègue : il proteste d'abord contre l'application empirique, aveugle, du traitement à tous les cas. Ainsi, un chancre simple qui se cicatrise bien et rapidement, il l'abandonne volontiers; mais si l'ulcération ne se répare pas vite, si, dit-il, elle dure trois ou quatre semaines, alors il s'alarme et il emploie le mercure.

Mais M. Robert sait mieux que personne que la limite qu'il assigne à la cicatrisation comme limite extrême est précisement la limite ordinaire, et de plus, il sait encore que cette appréciation du plus ou moins de gravité, basée sur la plus ou moins rapide cicatrisation du chancre, ne peut donner que des résultats tout à fait erronés; car il est avéré que le chancre le plus infectant, le plus induré est précisément celui dont la cicatrisation se fait ordinairement avec le plus de promptitude.

Quant aux suites à prévoir pour la santé d'un malade qui a eu des chancres que nous n'avons pas vus, j'avoue que si ce malade n'a pas suivi de traitement, je suis bien plus à l'aise pour le rassurer complétement; car si, après un temps déterminé, il n'a pas de manifestation syphilitique, à celui-là je peux en toute assurance dire qu'il n'a pas la vérole. Si, au contraire, il y a eu traitement, je serai moins affirmatif; car l'influence de ce traitement, qui a pu être insuffisante pour annihiler le virus infectant, a pu tout au moins retarder l'apparition des accidents consécutifs.

M. Robert. Dans sa réponse, M. Ricord nous dit que des chancres indurés guérissent souvent avec rapidité. C'est vrai, mais ce n'est pas là ce dont il s'agit, car il est bien évident que, si nous sommes appelés lorsque l'ulcération existe encore, nous savons reconnaître sa nature,

et dans ces cas il n'y a pas d'incertitude sur l'opportunité du traitement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, E. Laborie.

Séance du 19 septembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture ancienne de la rotule. — M. Larrey présente un ancien ouvrier de la marine militaire qui a eu, en 1841, une fracture transversale et compliquée de la rotule, traitée incomplétement par M. Clémot (de Rochefort), suivie d'ankylose provisoire, et parvenue à une consolidation irrégulière dans des conditions insolites. Ainsi au lieu d'un cal fibreux, épais, intermédiaire aux deux fragments de la rotule, c'est un tissu lamellaire, mince, élastique ou extensible, qui les rapproche ou les écarte sensiblement, selon les mouvements alternatifs d'extension ou de flexion imprimés à la jambe, en même temps que les bandelettes fibreuses développées sur les parties latérales contribuent à cet effet. La formation, auprès du condyle externe du fémur, d'une ostéophyte mobile, sorte d'os sésamoïde, semble suppléer aussi, comme soutien du genou, à la rotule elle-même, dont chacune des portions est considérablement hypertrophiée.

Ce fait, rapporté en détail dans une thèse de la Faculté de Paris (1), offre donc ceci de remarquable, c'est que, malgré l'écartement sensible des fragments, malgré le peu d'épaisseur du tissu intermédiaire, les mouvements de l'articulation s'exécutent presque aussi librement que dans l'autre genou, et permettent la marche à peu près sans fatigue et sans claudication.

M. Richard rappelle que dans l'ouvrage de M. Malgaigne, on trouve deux faits analogues. Dans l'un d'eux, et la pièce se trouve au musée

(1) Teinturier, *Des fractures de la rotule*. Paris, 1855.

Dupuytren, l'écartement est de 12 à 13 centimètres; la marche était néanmoins possible.

M. Chassaignac considère comme très importante l'observation soumise à l'examen de la Société par M. Larrey. Elle lui paraît, en effet, démontrer que, contre la croyance admise, les mouvements du membre ne sont pas conservés par la production d'une cicatrice plus ou moins dure, réunissant les fragments de la rotule, mais bien par les adhérences que cet os a contractées avec les tissus fibreux latéraux. On ne trouve, en effet, aucune résistance, aucune solidité suffisante à la substance qui réunit la fracture.

RECTIFICATION.

A propos du procès-verbal, M. Giraldès prend la parole en ces termes : J'ai été frappé de l'observation de M. Ricord sur l'insuccès que le perchlorure de fer a éprouvé dans un cas d'hémorrhagie en nappe survenant à la suite de l'amputation de la verge. J'ai vu, dans certains cas, employer du perchlorure de fer si mal préparé, que je demanderai à M. Ricord s'il était certain de la bonne préparation de celui dont il s'est servi dans ce cas.

M. Ricord répond qu'il lui venait de la pharmacie centrale. Voici, du reste, une note exacte sur la composition du perchlorure de fer tel qu'il existe à la pharmacie : il est d'une densité de 45° à l'aréomètre ; il contient 1/3 de son poids de chlorure sec; en ajoutant 1 partie d'eau à 4 parties de chlorure, on l'obtient à 35°. (Il paraît qu'on le demande quelquefois ainsi.)

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit la collection complète des *Mémoires* et des *Bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

Une lettre de remercîments sera adressée à M. le président.

— M. Letenneur fait hommage à la Société de son *Mémoire sur l'autoplastie faciale.*

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Scoutetten, le résumé des observations médico-chirurgicales faites à l'armée d'Orient.

Suite de la discussion sur la syphilis.

M. Vidal (de Cassis). Dans le rapport de M. Cullerier et la discussion à laquelle il a donné lieu, ont été agitées de nombreuses et gran-

des questions. Je ne les aborderai pas toutes. Je me bornerai à soumettre à la Société quelques explications sur deux principaux points dans des intentions conciliatrices. Je le ferai simplement. Je n'ai pas besoin d'art pour être vrai.

1° Je parlerai d'abord des deux chancres; 2° j'examinerai ensuite les deux virus.

Des deux chancres. — On a voulu, au point de vue de l'infection, établir deux variétés de chancres : un chancre induré, un chancre non induré; puis l'induration a pris une telle importance au point de vue de la séméiologie, de l'étiologie, que dans un article de date toute récente, elle a été considérée, imprudemment selon moi, comme la clef de voûte de tout un édifice syphiliographique.

Cette dichotomie me paraissant impossible au point de vue anatomique, et ayant répandu beaucoup d'obscurité là où le jour parvient à peine, j'ai osé la rejeter. J'ai écrit, en effet, dans mon livre, que tous les chancres étaient indurés à un certain degré, que tous pouvaient avoir des rapports avec la vérole.

Sans doute il y a une différence entre le chancre qui ressemble à l'ulcération de l'herpès et celui dont la base est comme la moitié d'un pois sec. Mais ces différences s'effacent peu à peu par les degrés intermédiaires d'induration qui établissent l'unité. Ces degrés s'observeraient même sur les différents chancres que peut contracter un même sujet à différentes époques.

M. Diday cite un client qui a eu d'abord un chancre très induré; puis un autre moins, un troisième encore moins induré.

Ainsi, au point de vue de l'induration, il y aurait aussi des demi-chancres et d'autres fractions plus petites. M. Diday dit que ce client prenait un certain plaisir à suivre avec lui, de carnaval en carnaval, la dégradation progressive de sa *réceptivité induratoire.* Il paraît que c'est un syphiliographe lyonnais qui célébrait ainsi le carnaval en se donnant un chancre entouré de plus ou moins d'induration.

La difficulté, dans certains cas, de distinguer l'induration est encore une preuve qui diminue la valeur séméiologique de ce phénomène. Et ici je ne placerai pas en présence du malade des observateurs vulgaires; je choisirai M. Ricord et un de ses bons élèves. On les verra en désaccord quand il faudra décider si certains chancres de la vulve sont indurés ou non. M. Basserau, en effet, a imprimé ceci :

« M. Ricord dit que le chancre s'indure moins souvent chez la femme » que chez l'homme, ce qui revient à dire qu'il doit y avoir plus de sy- » philis chez l'homme que chez la femme; ce qui n'est pas. L'examen

» du même nombre de chancres sur l'homme et sur la femme a donné » à peu près le même résultat, avec cette différence que l'induration » était moins caractérisée sur la vulve. » (Page 185.)

M. Ricord n'aurait pas vu l'induration là où elle existait; c'est dire qu'il est d'une extrême difficulté de constater ce phénomène dans quelques cas.

Les confrères qui n'ont pas entendu ou lu le discours de M. Ricord pourront penser que dans la première partie de cette note je combats mon collègue de l'hôpital du Midi. Il n'en est rien, heureusement pour moi, car tandis que j'imprime que *tous les chancres sont plus ou moins indurés*, M. Ricord professe que *tous les chancres sont plus ou moins durs*. C'est écrit en toutes lettres dans son discours. Je dis *induré*, quand M. Ricord dit *dur*. Y a-t-il là une différence?

M. Cullerier refuse d'admettre un certain degré d'induration pour tous les chancres, mais il convient que tous peuvent être infectants, ou pour mieux dire que tous peuvent avoir des rapports avec la vérole. Au point de vue doctrinal, nous sommes d'accord avec le rapporteur; je n'irai donc pas le chicaner pour la question anatomique, qui est ici secondaire.

M. Ricord reconnaît aujourd'hui que *tous les chancres peuvent infecter;* seulement celui qui n'est pas considéré comme induré est bien moins souvent suivi de vérole que ne le prétend le rapporteur. Quant à la vérole doublée chez le même individu, M. Ricord ne la nie pas; seulement il n'aurait jamais observé de pareils faits. Mais d'autres en ont observé et en ont produit, car l'expérimentation ici s'est encore prononcée en faveur des doubles véroles. M. Ricord ne tardera donc pas à voir ce que les autres ont vu; il n'a ici qu'à vouloir, comme dans bien d'autres choses. M. Diday aussi n'avait jamais observé des faits de cette nature, mais le voilà sur la voie du progrès. Ce syphiliographe distingué a imprimé ceci en mai dernier, dans la *Gazette hebdomadaire :* « Il m'est pratiquement démontré que certains sujets n'ayant eu » qu'une syphilis constitutionnelle peu intense peuvent prendre, dans » un coït ultérieur, un véritable *chancre induré.* » Or, le *véritable chancre induré* c'est encore la vérole. Avant M. Diday j'avais dit dans mon livre (1) : « Toutes les véroles ne se ressemblent pas ; il y en a de plus complètes les unes que les autres. Il n'y aura quelquefois qu'une simple roséole, tandis que dans d'autres cas il y aura syphilides, affections fibreuses, osseuses, etc. La durée de la première vérole ayant

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit., p. 310 et 311.

été courte a laissé à l'économie le temps de devenir apte à une seconde diathèse de même nature. L'autre, au contraire, ayant rempli toute l'existence du sujet, celui-ci s'est trouvé alors dans le cas du malheureux ayant une diathèse incurable, qui nécessairement ne peut se doubler. Mais il n'en est pas de même de la vérole dont la thérapeutique peut triompher.

Comme j'ai cité déjà deux fois M. Diday en l'approuvant, je dois répondre à une remarque faite par mon collègue de l'hôpital du Midi. M. Ricord dit dans son discours que je n'approuve M. Diday que quand il me donne raison. Et il a l'air de s'en étonner ! Mais il me semble que c'est là une chose naturelle, et je suis assez naturel pour avouer que j'approuve quand on m'approuve. Si M. Ricord donne raison quand on lui donne tort, je l'admire ! Je dois dire cependant que mon savant collègue ne m'a pas fait jouir encore des bienfaits de cette philosophie toute chrétienne.

Avant d'en revenir au double virus, je dois faire disparaître un malentendu sur mes opinions, malentendu qui se trouve dans le rapport, et un autre dans le discours de M. Ricord.

M. Cullerier me fait dire que je ne vois l'infection apparente, constitutionnelle que dans une induration considérable. Voici ma véritable opinion sur ce point. L'induration considérable est une partie de la vérole et peut-être toute la vérole. Aussi n'ai-je jamais trouvé une grande inspiration de prophète à ceux qui prédisent la syphilis quand ils constatent une induration dont les caractères saillants n'échappent à aucun observateur, car la syphilis existe déjà. Selon moi, cette induration ne fait pas la vérole, car la *vérole est faite* quand elle existe. Le chancre a subi l'action réflexe du virus, il s'est compliqué de vérole.

Si je voulais donner une épithète à cette ulcération, au lieu de l'appeler *chancre infectant*, je l'appellerais alors *chancre infecté*. Mais cette induration à un pareil degré peut être absente ; le chancre peut rester à l'état que M. Cullerier ne considère pas comme induré, et cependant la vérole pourra exister, les manifestations apparaîtront partout ailleurs que dans la sphère du chancre, qui alors ne sera pas infecté lui-même.

Quant à M. Ricord, il me fait dire que tous les chancres n'infectent pas, ou, pour parler plus sévèrement, ne sont pas suivis de vérole. Ce que j'ai voulu dire, c'est que tous n'ont pas la vérole comme suite obligée, car la diathèse n'est pas le fait seul du virus; il faut de plus que certaines dispositions de l'organisme interviennent, autrement le virus reste à son état virtuel. Ma pensée est qu'on peut observer la vé-

role après toutes les formes de chancres, mais elle n'est *immanquable*, *fatale* qu'avec le chancre fortement induré, parce que ce chancre est lui-même une des manifestations de la vérole.

Du double virus. — La question ainsi posée me va mieux, et je suis enchanté qu'elle ait été abordée. C'est une grande question d'étiologie qui se pose d'ailleurs depuis longtemps. Il est impossible d'observer les effets quelquefois si divers de la contagion sans songer à des différences dans la cause. Ainsi on a bien fait de revenir à ce problème, et je ne voudrais pas décourager les esprits qui cherchent à le résoudre. Mais je les avertirai du danger de certains procédés logiques, et je me permettrai de citer un fait qui compromet un peu l'invention du chancroïde. Ce chancroïde serait produit par le virus syphilitique qui, semé sur un vérolé, a perdu la propriété de produire la vérole; il peut donner lieu à un chancre, mais ses effets se bornent à la localité. Le virus qui n'a pas subi cette modification produit des chancres qui ne bornent pas leur effet à la localité; l'action se généralise; c'est alors le vrai chancre, le chancre infectant. Par la contagion, ces deux chancres se reproduiraient dans leur variété.

L'homme qui a un chancroïde ne pourrait donner qu'un chancroïde, un faux chancre; l'homme qui a un chancre infectant communiquerait un chancre infectant, un vrai chancre. M. Clerc croit prouver cela par ce qu'il appelle des *faits*. N'allez pas loin dans sa brochure, prenez le premier qui doit prouver que deux sujets qui ont été confrontés ont eu le même chancre. En bonne et sévère clinique, il faudrait ici trouver deux chancres, un sur l'homme, l'autre sur la femme. Dans l'observation, on trouve que l'homme a été complétement visité; il avait un chancre induré. Mais la femme se *refuse* à un examen direct. On ne constate donc pas le chancre de celle-ci, ce qui n'empêche pas que l'observation se termine par cette déclaration : que les deux sujets avaient eu un chancre infectant, et on ajoute : *en même temps*. Et cela parce que la femme avait une roséole ! Or, comme la roséole ne pourrait venir que d'un chancre induré, on admet le chancre qu'on n'a pas constaté. Vous voyez que c'est toujours cette réponse à la question par la question; la pétition de principe, l'hypothèse. Remarquez que je ne suis pas ennemi des hypothèses, surtout quand elles offrent un côté séduisant comme celle de M. Clerc; mais alors, au lieu d'intituler cela *premier fait*, on l'intitule *première hypothèse.*

Ceux qui n'aiment pas l'hypothèse passent outre; ceux qui l'aiment la savourent, et personne n'est trompé par l'étiquette. Le vrai chancre, pour M. Clerc, c'est le chancre induré. C'est donc le phénomène de

l'induration qui le distingue du faux chancre, du chancroïde. Ici toutes les objections que j'ai faites quand il a été question des deux variétés de chancres reprennent leur valeur; je ne les répéterai pas.

J'ajouterai que des difficultés de diagnostic se sont souvent offertes à M. Clerc, difficultés qui l'ont conduit à des erreurs constatées par moi sur plusieurs malades qu'il avait considérés comme porteurs de chancroïdes, et auxquels il avait refusé par conséquent le mercure, et qui ont eu de très belles véroles. Je citerai, entre autres, le fait d'un étudiant en médecine qui portait un chancre à la verge ; il reçut de M. Clerc l'assurance positive qu'il ne s'agissait que d'un chancroïde, ne pouvant pas l'infecter. Or je traite ce malheureux jeune homme d'une vérole qui dure depuis six mois. Je suis autorisé à dire le nom et l'adresse de ce malade à un des membres du bureau; mais je ne suis autorisé qu'à cela. On pense bien que cet étudiant peut avoir de graves motifs pour ne pas mettre un plus grand nombre de personnes dans la confidence de son malheur. Je possède d'ailleurs une note écrite de la main même du malade, et j'ai entendu les paroles inspirées par la fausse sécurité dans laquelle il s'est trouvé.

Ce fait, rapproché de celui de M. Cullerier, a, selon moi, une grande portée. Les deux et même d'autres ne prouvent pas que M. Clerc soit moins habile qu'un autre à porter un diagnostic. Ils prouvent que la distinction du chancre dit infectant de celui qui ne l'est pas est extrêmement difficile, même pour ceux qui croient le plus à la réalité des deux variétés chancreuses ; ils laissent entrevoir qu'une doctrine et une pratique basées sur un caractère si trompeur peuvent avoir des dangers.

Conclusion générale. — 1° Il n'y a pas deux chancres ; 2° et rien ne prouve encore qu'il existe deux virus.

Il me semble que nous sommes tous d'accord sur ces deux points, du moins à mon optique ; mais d'autres disent que ce n'est pas clair. Cependant on s'est donné des poignées de main, mais d'autres répondent qu'on se touche aussi la main pour se dire adieu, pour se séparer. Nous verrons.

M. Ricord. Je pourrais, à la rigueur, me passer de prendre la parole après le discours de M. Vidal, car tous ses arguments ont été longuement discutés et réfutés dans la dernière séance ; mais il y a cependant quelques points sur lesquels je veux répondre.

Ainsi, sur le chancre dur et induré, M. Vidal a montré beaucoup d'esprit; mais si la question ainsi traitée paraît avoir une apparence légère, elle présente cependant la plus grande gravité.

Peut-on, en effet, en parlant du chancre, confondre ces deux mots dur et induré ?

Il est évident que toute ulcération doit être entourée de plus ou moins de dureté ; un épanchement plastique se fait autour de ces ulcérations, et je ne puis admettre un instant que notre collègue ait pu confondre comme semblables cette induration plastique simple, ces engorgements, ces callosités qui peuvent se rencontrer avec tous les ulcères, quelles que soient leur essence et l'induration spécifique. M. Vidal a trop d'expérience pour ne pas avoir à ce sujet une opinion faite ; mais, je l'avoue volontiers, il y a là une faute de langage qui peut causer l'erreur, et c'est précisément parce que je reconnais qu'il serait urgent de changer cette locution douteuse d'induration que j'ai voulu m'efforcer de l'effacer du vocabulaire nosologique pour la remplacer par la dénomination de chancre infectant.

Vous voyez donc, messieurs, que M. Vidal n'est pas bien loin de moi, puisque, après avoir dit que tous les chancres sont durs, il ajoute qu'ils ne sont pas tous indurés.

Et dans le fait de ces indurations de carnaval rappelé par M. Vidal, je ne puis voir autre chose que de véritables plaisanteries ; il s'agissait bien là de chancres durs et non spécifiques ! Ce qui se passait dans ce cas n'a rien qui nous surprenne ; car nous avons dit depuis longtemps et on sait que là où déjà a existé l'induration syphilitique, là où s'est fait un premier dépôt plastique, ce tissu est facilement exhumé par de nouveaux chancres, quoique ces nouveaux chancres ne soient pas aptes à transmettre le chancre induré. Ainsi, dans l'observation de M. Diday, il y a eu de ces indurations successives, graduées, indurations trompeuses et nullement spécifiques.

M. Vidal repousse la dénomination de chancre infectant ; il serait préférable, suivant lui, de dire chancre infecté. Cela me paraît inacceptable. Le chancre infectant détermine sur l'organisme tout entier des phénomènes d'infection, et vous ne pouvez pas dire que c'est ce chancre qui s'infecte ; il est infectant au contraire, et à mesure qu'il produit d'autres accidents, il subit à son tour des transformations.

J'en reviens aux chancres dur et induré. Comme je l'ai déjà reconnu, c'est là que gît la difficulté. Les caractères distinctifs sont difficiles à saisir, c'est vrai, mais pas dans tous les cas. Et dès que le diagnostic se trouve facilement porté dans certains cas, faut-il, parce qu'il y a des cas douteux, abandonner l'étude de cette question si importante de séméiologie ? Devra-t-on, parce qu'il est quelquefois presque impossible de reconnaître la bonne pustule vaccinale de la fausse pustule,

abandonner la vaccination? Non, sans aucun doute. Eh bien! puisque dans beaucoup de circonstances le chancre infectant se reconnaît, que la science en bénéficie, cherchons ensemble des procédés d'investigation qui puissent faire disparaître les cas douteux.

M. Robert, en soulevant la question de pratique pure, a permis d'aborder l'histoire des indications thérapeutiques. Vous avez tous, messieurs, reconnu la nécessité de repousser ces traitements empiriques, aveugles, s'adressant irrationnellement à des affections qu'une médication simple doit facilement vaincre, et tous vous avez reconnu que le mercure n'était pas applicable dans tous les cas; aussi la pratique est dominée par la science, elle sort de l'empirisme.

M. Vidal est comme nous tous, et, je le sais, tous les chancres ne lui paraissent pas nécessiter l'emploi de la médication mercurielle. Nous sommes donc bien d'accord aussi sur ce terrain du traitement; vous faites comme moi. Restent donc encore des doutes pour certains cas, cherchons à les faire disparaître; j'ai rempli plus des trois quarts de cette tâche, pourquoi n'achèveriez-vous pas ce qui est déjà si avancé?

Si quelque membre de cette Société me dit qu'il croit encore à l'infection de la constitution après toute espèce de chancre, je n'ai rien à répondre à une pareille assertion. Mais si l'on croit à la différence des chancres, je dirai: Cherchons ensemble à bien différencier ces variétés, et nous y arriverons.

M. Vidal pense que la blennorrhagie sans chancre est infectante; mais alors pourquoi notre collègue ne traite-t-il pas toutes les chaudes-pisses par le mercure? et nous savons qu'il n'a recours à ce traitement que lorsque des symptômes généraux en démontrent l'urgence.

Il est une autre question qui vient se mêler à celle que nous agitons, à savoir, celle de la double diathèse. Les véroles se succédant sur le même individu, est-ce là un fait commun, est-ce la règle? Voit-on des individus avoir la double diathèse? Je suis loin de le nier, je désire même qu'il en soit ici, car c'est une loi reconnue dans les autres affections virulentes; mais je dis que la vérole contractée deux fois est si rare que je ne l'ai pas encore vue, et sans contredit c'est bien autrement rare que la vaccine ou la variole se produisant deux fois sur le même individu. Quant à l'unicité du virus syphilitique, vous savez que je n'ai pas encore voulu trancher la question; j'y crois toujours, mais sans parti pris, car en présence des différences si manifestes que l'on peut constater, on est bien en droit de se demander s'il y a dans les phénomènes si dissemblables qui peuvent se produire une différence

dans la forme ou dans le fond. Pour juger une aussi grave question, j'attends des faits, et j'avoue que je me montre difficile pour les accepter; et en cela M. Vidal partage ma manière de voir. Si j'avais l'âge de mes élèves je serais probablement moins réservé; mais vieilli dans la pratique, je suis plus exigeant, et je demande que l'on m'éclaire. Si l'on m'apporte de bonnes raisons, je n'hésiterai pas à me rendre.

M. Cullerier. J'avoue que j'ai entendu avec peine les expressions nouvelles dont MM. Ricord et Vidal se sont servis. En désignant les chancres par la dénomination de dur et d'induré, on ne peut que jeter du doute dans l'esprit des élèves et des praticiens. J'ai dit que le caractère spécial de l'induration se trouvait dans l'induration ganglionnaire; je pense qu'il serait convenable de s'en tenir à ce signe diagnostic. Quant à la manière dont M. Ricord juge le fait d'induration successive rapporté par M. Diday, je m'associe complétement à son interprétation. Rien de plus juste selon moi que son opinion sur l'exhumation *in situ* de l'induration plastique. Ainsi, notre savant confrère M. Puche m'avait envoyé un malade qui portait pour la deuxième fois un chancre induré, qui, disait-on, prouvait contre la doctrine de M. Ricord; mais quand j'eus examiné ce malade, je fus bien vite mis sur la voie de la vérité : l'absence d'induration ganglionnaire montrait évidemment que le chancre n'avait pas l'induration spécifique.

M. Ricord. M. Cullerier a raison, je partage parfaitement son avis; mais il y a des nécessités de langage qu'il faut subir en attendant mieux. Ainsi y a-t-il une induration spécifique? Oui. Y a-t-il des chancres durs et non infectants? Oui. On ne peut repousser ces vérités. Trouvez donc un autre mot pour désigner ces deux états.

Quant au diagnostic différentiel, la présence des ganglions indurés peut, dans le plus grand nombre des cas, permettre de l'établir d'une façon définitive; c'est le caractère le plus important après l'induration elle-même.

La nature de ce ganglion spécifique, ai-je besoin de vous l'indiquer, n'est-elle pas assez définie, assez tranchée? Qui n'a pas vu ces ganglions mobiles, isolés, non adhérents à la peau ni aux tissus sous-jacents, n'arrivant pas à la suppuration? Les confondrez-vous avec ceux qui accompagnent la chaude-pisse?

La confusion se fera-t-elle dans les cas d'adénopathie compliquant le chancre simple? Pas davantage; car, disons-le d'abord, l'adénopathie est très rare dans le chancre simple; et si exceptionnellement elle se montre, elle est mono-ganglionnaire, et elle se trouve dans le rayonnement anatomique seulement. Alors l'abcès, s'il se forme, est simple

il n'est pas suivi d'infection, et le pus qu'il sécrète n'est pas susceptible de produire le chancre par l'inoculation.

M. Cullerier. Dans la dernière séance, j'ai demandé à M. Ricord s'il croyait que le chancre induré seul était suivi d'infection générale; il a répondu à cette question d'une manière qui ne laisse pas de doute. Je demanderai maintenant à notre collègue ce qu'il exige pour admettre les cas de double diathèse, car il nous paraît assez difficile à convaincre, et il a repoussé comme insuffisante une observation publiée par un de nos collègues ; nous désirons donc qu'il précise les conditions qui, suivant lui, doivent constituer une observation irrécusable.

M. Ricord. Mes exigences sont bien simples. Je demande une observation bien complète, dans laquelle on ait pu suivre , chez un malade non traité après une première infection , une seconde infection apparaissant avec toutes les phases successives de la vérole , fournissant toutes ses étapes.

Le fait que j'ai repoussé m'a paru incomplet , et notre collègue M. Follin ne peut se blesser des doutes que j'ai émis sur son expérience, qui me semblait encore insuffisante.

M. Follin. Je rappellerai à M. Ricord que je n'avais pas une grande responsabilité personnelle dans le fait auquel on fait allusion. Mon malade portait bien un chancre induré et une syphilide; mais quant aux antécédents, ils avaient été observés par M. Puche, qui avait parfaitement diagnostiqué la nature de l'affection, et l'on ne pouvait accuser notre savant confrère d'inexpérience lorsqu'il inscrivait sur la pancarte du malade : chancre induré avec engorgement ganglionnaire.

M. Ricord. Ce malade présentait bien , en effet , une induration caractéristique et une syphilide : je ne nie pas ce diagnostic ; mais j'ai repris avec M. Puche l'histoire des antécédents, et je dois dire que mon collègue de l'hôpital du Midi ne m'a pu convaincre. J'ai contesté et je conteste encore l'exactitude de son diagnostic.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Marjolin présente, au nom de M. le docteur Hippolyte Blot, un nouveau modèle de crâniotome exécuté sur son indication par M. Charrière fils. Il s'agit d'une modification apportée aux ciseaux de Smelie. Voici du reste la description de cet instrument :

Il se compose de deux lames se recouvrant l'une par l'autre de telle sorte que, l'instrument étant fermé, le dos mousse de la lame de droite déborde la lame de gauche et réciproquement.

Chaque face de la lame porte à son sommet une arête qui, lorsque

l'instrument est fermé, forme avec le sommet de la lame une pointe quadrangulaire. Cette indication a été fournie par M. le docteur Marchant (de Charenton). Un clou qui s'engage dans une échancrure limite la course des deux lames en dedans et le ressort les empêche de se porter en dehors.

Pour ouvrir l'instrument, il suffit de presser avec une seule main sur la bascule, l'autre main reste libre et peut servir de guide pour conduire la pointe de l'instrument jusque sur la tête du fœtus.

Les deux branches sont articulées par le tenon.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire, E. Laborie.

Séance du 26 septembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Huguier présente deux malades dont nous transcrivons les observations :

Luxation du pied gauche en avant par traction directe de cette partie sans aucune fracture.

Le 31 août 1855 entre à l'hôpital Beaujon, au nº 237, dans les salles de M. Huguier, le nommé Haraut (Onésime), âgé de trente-quatre ans, exerçant le métier de charpentier. Ce malade, employé dans une gare de chemin de fer, était occupé à pousser avec le *pied gauche* une de ces roues horizontales en fer qui portent le nom de *galet* et qui supportent les plaques au moyen desquelles on change les wagons de voie ; son pied glissa d'un des rayons sur lequel il pressait et vint se placer sur l'assise située au- dessous. Le pied fut pris par ses extrémités entre les nervures en fer qui sectionnent l'assise de la plaque ; dans le même moment, la roue, mise en mouvement par six autres ouvriers, vint presser par un de ses rayons sur la face antérieure de la jambe, à 15 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

La jambe et le pied étaient donc sollicités à se porter en sens inverse ; le pied, solidement fixé, ne pouvait suivre le mouvement imprimé à la jambe ; le soulier fut arraché fort heureusement et resta sur la plaque, mais la *luxation du pied en avant* n'en était pas moins accomplie.

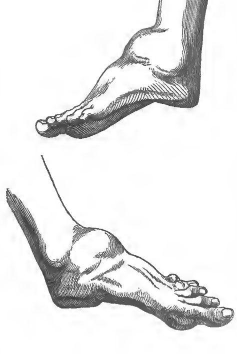
Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on est frappé de l'*allongement du pied* et de l'*effacement du talon.*

La face dorsale du pied présente 2 centimètres en longueur de plus que celle du côté sain. La dépression sus-calcanéenne est effacée et le talon se trouve sur un plan qui prolongerait la face postérieure de la jambe. La forme de la face supérieure ou tibiale de l'astragale se reconnaît à la vue et au toucher dans tous ces détails; cette face se trouve portée au-devant de la partie inférieure du tibia.

Les deux malléoles se trouvent en arrière des faces articulaires correspondantes de l'astragale ; celles-ci se reconnaissent également bien par le toucher. La malléole externe fait en arrière une saillie plus considérable que celle du côté opposé.

Le tendon d'Achille a suivi le calcanéum dans son mouvement de translation en avant ; il s'est rapproché du tibia et s'est placé sur un





plan passant par le bord postérieur des deux malléoles. Ce changement dans la situation du tendon d'Achille a fait disparaître les deux gouttières longitudinales qui sont situées de chaque côté de ce tendon.

Les malléoles ne sont point fracturées. Elles sont parfaitement intactes.

A leur niveau, la peau présente quelques taches ecchymotiques peu étendues.

Sur la face antéro-interne de la jambe, à 15 ou 17 centimètres au-dessus du bord articulaire de l'extrémité inférieure du tibia, se voit une excoriation de la peau de 2 centimètres de long.

Le pied est légèrement étendu sur la jambe. Il n'y a ni déviation de la pointe, ni rotation autour de son axe.

Pour la réduction, après avoir fait respirer du chloroforme au malade, on appuie la face postérieure de la jambe sur un point résistant, le talon restant libre. Le pied est alors repoussé directement en arrière et les surfaces articulaires reviennent à leur place sans beaucoup de difficulté. Au moyen d'une bande agissant comme un étrier, le pied est maintenu fléchi à angle droit sur la jambe.

L'appareil est enlevé huit jours après la réduction, et déjà les mouvements du pied s'exécutent avec aisance et sans douleur. Quelques jours plus tard, le malade commence à marcher.

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport : et d'abord à cause de la rareté des luxations du pied en avant. M. Malgaigne, en effet, n'en connaît que cinq cas dans la science ; ils ont été rapportés par Colles (de Dublin), par MM. Nélaton, Pirrie et W. Smith ; encore dans tous, celui de Pirrie excepté, y avait-il fracture du bord antérieur de la partie articulaire du tibia, de l'une des malléoles ou des deux simultanément. Chez le sujet de cette observation, au contraire, la luxation est d'une grande simplicité, ce qui tient assurément au mécanisme suivant lequel elle s'est produite.

En étudiant le mode d'action de la cause qui a produit la luxation, on remarquera que chez ce malade les os sont très résistants, et que les mêmes forces, agissant de la même manière sur le tibia d'un enfant ou d'un vieillard, eussent probablement produit une fracture des os de la jambe plutôt qu'une luxation du pied. En effet, le point d'appui de la résistance étant situé à 17 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du tibia, comme l'indique l'excoriation de la peau, toute cette partie du tibia comprise entre le point d'appui et la puissance qui se trouvait au niveau de l'articulation a été soumise à deux forces contraires qui auraient brisé ce levier s'il eût offert moins de résistance que les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne.

Nous remarquerons, enfin, le peu d'efforts employés pour la réduction et la facilité avec laquelle les surfaces articulaires ont été maintenues en place après la réduction.

Calcul vésical. Fistule urinaire suite d'une première opération de taille pratiquée à l'âge de quatre ans. Guérison de ces deux affections par la taille périnéale bilatérale pratiquée par M. Huguier.

Cherance (Auguste), dix-sept ans, blanchisseur, habitant Sèvres, près Paris. Constitution un peu faible, tempérament lymphatique, néan-

moins développement assez considérable des muscles des membres abdominaux; la cuisse droite est plus courte de 2 centimètres par suite d'une affection ancienne de l'articulation coxo-fémorale.

En 1842, Cherance éprouva vers l'âge de quatre ans les symptômes ordinaires d'un calcul vésical ; il fut conduit à l'hôpital des Cliniques, où M. J. Cloquet lui pratiqua la taille périnéale latéralisée.

Une fistule périnéale fut la suite de cette opération ; cette fistule laissait couler l'urine par un jet au moment de la contraction de la vessie.

Deux années après, l'enfant fut transporté dans le service de M. Guersant, où il fit un séjour de près de deux ans : ce chirurgien essaya d'oblitérer le conduit fistuleux par des cautérisations successives au fer rouge et au nitrate d'argent ; ces opérations n'eurent d'autre résultat que de diminuer le calibre de la fistule.

Depuis ce temps, l'enfant vivait avec sa fistule sans ressentir aucune douleur du côté des voies urinaires.

En 1854, séjour de quatre mois à Saint-Louis, dans le service de M. Richard, qui pratiqua l'urétroplastie inutilement.

Au mois de janvier dernier, Cherance, revenant de faire un voyage à Paris dans une voiture non suspendue, éprouva de violentes envies d'uriner, et tous ses efforts pour obéir à ce besoin furent inutiles pendant quelques heures. Enfin, s'étant accroupi et pressant avec son doigt sur le périnée, il put vider sa vessie, mais l'urine ne sortait que goutte à goutte et teinte de sang. Le lendemain, Cherance put reprendre son travail de blanchisseur et le continuer pendant deux mois.

Durant tout ce temps, la miction était tantôt facile, tantôt difficile ; et pour l'obtenir le malade était obligé d'avoir recours à la position et à la manœuvre indiquées précédemment. L'urine sortait ordinairement par un jet, à la fois par le méat urinaire et par l'ouverture fistuleuse. Souvent ce jet s'arrêtait brusquement, et ne reprenait que par un changement de position du malade et la pression de la main sur le périnée.

Le 26 mars, Cherance entre dans les salles de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon. Il éprouve du côté de la miction les symptômes que nous venons d'exposer.

En examinant le périnée, on y voit la cicatrice de la taille latéralisée, et sur le trajet de cette cicatrice on trouve, dans l'épaisseur du périnée, un noyau dont la consistance ferait croire à un calcul dans ce point. Quand le malade vide sa vessie, on voit l'urine couler tantôt par jet, tantôt en bavant, par un pertuis fistuleux qui est voisin de la portion de la cicatrice la plus rapprochée des bourses. Dans les intervalles de

la miction, l'urine suinte également par la fistule, ce qui donne au malade une forte odeur urineuse.

Lorsque la sonde est introduite dans la vessie, on constate que ce réservoir n'a qu'une très faible capacité, qu'il est sensible au contact de l'instrument. Cette sensibilité est encore exagérée par le caractère pusillanime du malade; aussi est-on obligé d'avoir recours aux inhalations de chloroforme pour les explorations de la vessie par le cathétérisme. En faisant manœuvrer la sonde dans la vessie, on sent manifestement le choc de l'instrument contre un calcul, surtout quand le cathéter ayant sa concavité tournée en avant et en haut, on le ramène vers le col de la vessie, derrière la symphyse du pubis. Cette expérience, renouvelée à trois reprises différentes jusqu'à la fin du mois de juin, donne les mêmes résultats.

Quant à l'état général du sujet, il est très bon; toutes les fonctions autres que celle de l'émission des urines s'exécutent fort bien.

M. Huguier, dans le but de dilater la vessie et de diminuer sa sensibilité, fait pratiquer pendant plusieurs jours des injections d'eau. Il n'obtient pas de résultat satisfaisant. Considérant alors le peu de docilité et de courage du malade, craignant de la gêne pour les instruments dans une vessie racornie, ayant de plus l'espérance de guérir la fistule, ce chirurgien renonce à l'idée de la lithotritie, et se décide à pratiquer la taille périnéale.

Le 5 juillet, une injection d'eau est faite dans la vessie; le malade est soumis aux inhalations de chloroforme. Pendant les contractions musculaires qui leur succèdent, l'urine est lancée à une certaine distance par un jet passant par la fistule. L'incision courbe pratiquée sur la ligne médiane, selon la méthode de Dupuytren, intéresse le trajet fistuleux.

L'opération, très promptement exécutée, se termine par l'extraction d'un calcul gros comme un œuf de pigeon, gris cendré.

Tout se passe très bien dans la journée; à peine un peu d'accélération du pouls le soir; l'urine coule par la plaie du périnée.

Le lendemain 6, l'urine passe en bien plus grande quantité par la verge que par la plaie; le pouls ne dépasse pas 80 pulsations par minute.

Les jours suivants, l'état général est toujours satisfaisant; il ne passe pas du tout d'urine par la plaie dans les intervalles de la miction, et quelques gouttes seulement pendant la contraction de la vessie.

Le 13, huit jours après l'opération, une sonde en gomme élastique est introduite dans la vessie, pour y rester à demeure. Au moyen d'un

bandage en T, une compresse épaisse est appliquée sur le lambeau postérieur de la plaie, dans le but de la mettre parfaitement en contact avec la lèvre antérieure.

Pendant trois jours l'urine passe presque complétement par la sonde, et la compresse appliquée sur le périnée est à peine mouillée dans une faible étendue.

Le 16, l'urine cesse de couler par la sonde. On retire l'instrument, que l'on trouve obstrué par du mucus et des concrétions calcaires.

Une nouvelle sonde est introduite dans la vessie, et y séjourne jusqu'au 20, en donnant cours à l'urine, qui cependant mouille toujours un peu la compresse appliquée sur le périnée.

Le 20, cette sonde, obstruée comme la première, est remplacée par une autre, et pour ajouter à l'action de la compresse, une mèche volumineuse est introduite en partie dans le rectum et ramenée en avant sur le périnée, où elle est appliquée par le bandage en T.

La sonde est retirée le 24. Il suinte toujours pendant la miction un peu d'urine par la plaie, qui est presque entièrement cicatrisée.

Le 1er août, l'urine ne passe plus du tout par la plaie du périnée ; une compresse appliquée sur cette partie pendant la miction n'est pas mouillée.

Le 15, on cautérise avec le nitrate d'argent un petit cul-de-sac formé par les lèvres de l'incision, et qui n'est pas encore tout à fait fermé.

Le 30 août la cicatrice de l'incision est complète dans toute son étendue.

Ainsi la simple opération de la taille bilatérale a débarrassé le malade, non-seulement de son calcul, mais encore de sa fistule, qui avait résisté à plusieurs opérations chirurgicales.

M. Michon. Je puis ajouter quelques détails à la deuxième observation communiquée par M. Huguier. J'ai eu, en effet, dans mon service, le malade qui en fait le sujet. Je dois dire d'abord qu'il est d'une extrême indocilité, et que les investigations sont par cette raison excessivement difficiles. Cependant j'ai pu reconnaître que la fistule n'était pas urétrale, mais bien vésicale. Je me proposais d'exciser cette fistule, qui avait résisté à tous les traitements. J'ignorais complétement la présence d'un calcul.

M. Richard. J'ai aussi traité ce malade pendant cinq ou six mois, et je puis assurer qu'il n'avait pas de pierre lorsqu'il était soumis à mon examen. La présence d'un corps étranger n'aurait pu m'échapper, car j'étais parvenu à introduire dans la vessie les plus grosses sondes métalliques de Mayor.

M. Huguier. Je remercie mes collègues des détails qu'ils veulent bien me donner, et j'attache surtout une grande importance à ceux donnés par M. Richard, car ainsi se trouve victorieusement combattue l'opinion des chirurgiens qui croyaient que la fistule était entretenue chez ce malade par la présence d'un calcul. La pierre n'existait pas, en effet, puisque M. Richard ne l'a pas trouvée en introduisant de grosses sondes métalliques.

Tumeur du maxillaire supérieur. — M. Desormeaux montre un malade affecté d'une tumeur cancéreuse du maxillaire supérieur.

Fracture de la jambe réunie à angle presque droit. — M. Robert demande l'avis de la Société sur un cas de fracture consolidée d'une façon vicieuse.

Il s'agit d'un enfant de quinze à seize mois. On avait reconnu, à l'âge de six semaines, une courbure à la partie inférieure de la jambe. Un médecin crut avoir affaire à une affection rachitique; mais l'erreur fut facilement reconnue : la déformation succédait manifestement à une fracture. Quant aux circonstances au milieu desquelles s'était produite cette fracture, elles sont restées tout à fait ignorées. La solution de continuité a-t-elle eu lieu pendant la vie intra-utérine, pendant l'accouchement ou après ? Ces questions restent sans solution.

Je fis faire, dit M. Robert, une gouttière appropriée; il y eut amélioration; mais je perdis la petite malade de vue, et quand on se décida à la laisser marcher on ne me consulta pas. Aussi la fracture, non consolidée ou insuffisamment consolidée, a-t-elle cédé sous les efforts de la marche, et la difformité en est arrivée au point où vous la voyez aujourd'hui, c'est-à-dire qu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen la jambe est pliée à angle presque droit. Il m'a semblé qu'il existait dans le point d'union des fragments du tibia une certaine mobilité, mais le péroné me paraît solidement réuni. L'enfant, du reste, est dans un parfait état de santé. Que faut-il faire? La soudure, parfaite ou imparfaite, est cependant assez solide pour que la chance de réussir à redresser ce cal par un appareil simple soit très faible. Doit-on, dans ces conditions, recourir à une opération chirurgicale, scier les os et leur rendre leur rectitude normale? C'est là une opération grave, et j'ai dû en prévenir les parents.

M. Guersant. La Société de chirurgie a eu plusieurs fois à examiner des cas de ce genre, et un entre autres présenté par moi et opéré par M. Malgaigne. La mort a été la conséquence de cette opération. La fracture était située à la partie moyenne de la jambe. Plusieurs de nos

collègues étaient, comme moi, opposés à l'opération, et j'avoue que j'éprouve de véritables regrets d'avoir cédé aux observations de M. Malgaigne et de lui avoir confié le soin de pratiquer l'opération lorsque j'y étais complétement opposé.

La petite malade de M. Robert offre avec la mienne la plus complète analogie, et mon opinion reste la même. Je repousse l'opération proposée, malgré les faits qui démontrent qu'elle n'est pas toujours mortelle. Je dois même dire que dans un cas je l'ai pratiquée impunément sur un enfant de quatre ans.

La malade de M. Robert marche assez bien, et il faudrait s'en tenir à un moyen orthopédique simple.

M. Larrey. Je partage les opinions pleines de réserve émises par M. Guersant; mais cependant ne serait-il pas possible de prendre un terme moyen entre l'opération grave que l'on repousse avec raison et le traitement simple par les bandages ou appareils? Je veux parler de la rupture du cal. On aurait soin d'appliquer préalablement, avant cette rupture, un appareil orthopédique disposé de façon à garantir les os d'une fracture dans le reste de leur étendue, et pouvant servir ensuite à la coaptation du cal redressé.

M. Laborie. Je ferai observer que le redressement d'une fracture consolidée ainsi depuis longtemps à angle presque droit ne peut s'obtenir qu'en enlevant une partie du coude formé par la réunion des fragments; car, même après cette résection, on éprouve la plus grande difficulté pour ramener le membre dans sa rectitude. J'ai vu M. Jobert pratiquer cette opération à l'hôpital Saint-Louis sur un adulte, et, malgré la résection de l'angle saillant, le redressement n'a pu être que très incomplétement obtenu. Le malade a, du reste, succombé aux suites de l'opération.

M. Richard. Lorsque l'on a détruit la fausse articulation, il est très difficile de s'opposer au raccourcissement du membre. Pour remplir ce but, j'ai eu recours, il y a une dizaine de jours, au procédé suivant : avant de réséquer, j'ai fait, par une dissection attentive, un manchon du périoste offrant environ 2 centimètres en haut et en bas, et j'ai réuni cette espèce de gaîne sans mettre les extrémités osseuses en contact, comptant sur la sécrétion du périoste pour combler l'intervalle qui les séparait.

M. Gerdy. J'ai vu avec soin la malade dont il est question, et tout en repoussant la résection, je ne suis pas d'avis de renoncer à un traitement. Je pense qu'avec un appareil mécanique convenablement approprié on pourra redresser le cal, et le succès qu'on obtiendra peut-être n'aura fait courir aucune mauvaise chance à l'opérée.

Quant à l'opération sanglante, comme je l'ai dit, je la repousse, et à ce propos je vous rappellerai un fait qui m'a particulièrement frappé.

Un gendarme, en 1830, eut l'humérus fracturé par un coup de feu. Malgré l'excellente constitution de cet homme, malgré tous les soins qu'il reçut, la fracture ne se consolida pas. Il était décidé, pour guérir, à subir n'importe quelle opération, mais je refusai de céder à ses obsessions sur ce sujet. Convaincu de la gravité d'une action chirurgicale dirigée sur l'extrémité des fragments, je lui exposai tous les accidents qui seraient la conséquence de cette opération, et je l'engageai à remédier tant bien que mal à son infirmité par un bandage de cuir épais appliqué sur le membre fracturé.

J'étais parvenu à convaincre ce malheureux, lorsque le choléra étant survenu, mon service de chirurgie fut consacré tout entier aux malades atteints par l'épidémie. Ainsi que je le craignais, mon blessé fut admis dans un service voisin, et il oublia bien vite mes sages observations. Une première opération lui fut pratiquée sur l'extrémité du fragment, et les accidents terribles qui la suivirent en amenèrent une seconde non moins malheureuse, la désarticulation du bras. Peu de jours après, il succombait.

M. Maisonneuve partage l'avis de M. Larrey; il tenterait de briser le cal et repousserait la résection. Les moyens orthopédiques seuls seraient insuffisants.

M. Robert a essayé en vain de rompre le cal.

M. Guersant. Je tiens bien à préciser mon opinion. Je repousse la résection; mais je suis d'avis de tenter la rupture du cal, réservant l'application de l'appareil orthopédique simple si cette rupture ne pouvait être obtenue.

— Le procès-verbal étant lu et adopté, M. Vidal prend la parole en ces termes :

Messieurs, dans la discussion sur la syphilis, je n'ai voulu intervenir que de deux manières, en traitant du double chancre et du double virus. Une question de thérapeutique s'est élevée consécutivement, je me suis absolument abstenu d'y prendre part. Ainsi tout ce qui a été dit sur mon traitement je ne l'ai point dit, je n'en suis nullement responsable.

Suite de la discussion sur les fractures de la rotule. — M. Chassaignac revient sur l'opinion qu'il a émise relativement à la manière dont le mouvement se transmettait par les tissus fibreux latéraux lorsque la réunion des fragments de la rotule était constituée par un tissu

aussi long, aussi peu résistant que celui dont on pouvait constater la présence sur le malade de M. Larrey.

M. Giraldès a vu de nombreux exemples de réunion de fragments de la rotule par des ligaments fibreux d'une grande longueur. Ainsi il a vu plusieurs fois ce tissu intermédiaire avoir 10 et 12 centimètres d'étendue.

M. Gerdy a publié dans son *Traité des bandages*, il y a vingt-cinq ans, une observation de fracture de rotule avec un écartement de cinq travers de doigt ; le malade marchait bien et pouvait sans fatigue faire sept lieues dans sa journée. Il est incontestable, ainsi que l'a fait très bien observer M. Chassaignac, que dans ces cas une bonne partie de la solidité du membre est due aux expansions fibreuses latérales ; et, parmi ces faisceaux fibreux, il en est de spéciaux s'attachant à une tubérosité saillante sur le condyle externe du tibia, tubérosité qui ne se trouve pas décrite par les ostéologistes.

M. Maisonneuve. Personne ne songe à contester la présence du tissu fibreux intermédiaire aux fragments, et je pense comme M. Chassaignac qu'il est souvent insuffisant pour expliquer convenablement la conservation des mouvements du membre. Cependant quelquefois le trop grand écartement des fragments empêche la marche. Ainsi, j'ai dans ce moment un malade sur lequel j'ai dû pratiquer une opération pour remédier à l'impotence déterminée par une fracture de rotule réunie par un tissu trop long et pas assez résistant. Après avoir échoué en employant les griffes de M. Malgaigne sans mettre la rotule à nu, je me suis décidé à inciser les téguments et à employer cet instrument sur les fragments ainsi découverts ; l'écartement était de 12 centimètres.

M. Chassaignac tient à bien établir qu'il n'a jamais prétendu que les fractures de la rotule ne se réunissaient pas par un tissu fibreux intermédiaire ; il a voulu seulement dire que ce moyen d'union lui paraissait dans beaucoup de cas, surtout lorsqu'il y avait un grand écartement, insuffisant pour expliquer le rétablissement des mouvements.

M. Boinet cite un fait d'atrophie presque complète de la rotule, consécutive à une luxation survenue à l'âge d'un an ; néanmoins la marche est facile.

M. Larrey, en présentant son malade, a voulu démontrer la disposition lamellaire du tissu extensible intermédiaire aux fragments et le mécanisme des mouvements articulaires favorisés par les expansions fibreuses des côtés de la rotule fracturée.

M. Michon a été frappé des différences fondamentales qu'il a ren-

contrées dans des cas qui se présentaient dans des circonstances en apparence absolument identiques ; et en voyant certains malades marcher avec facilité, malgré un énorme écartement des fragments rotuliens, j'étais disposé à partager les opinions de M. Chassaignac et à admirer comme M. Gerdy les ressources de la nature pour remédier aux accidents en apparence les plus sérieux.

Mais après avoir vu surtout deux malades marcher très bien avec un écartement de plusieurs centimètres , j'ai été appelé, il y a sept ou huit ans, à donner des soins à un malade qui avait eu une fracture de la rotule, et sur lequel le tissu intermédiaire avait été plusieurs fois rompu. Ce malade était estropié, et la marche était impossible, si ce n'est à reculons. Il faut donc admettre que dans certains cas , si l'os n'est pas solidement réuni, soit médiatement, soit immédiatement , la marche est impossible.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Rippoll, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature , il adresse un mémoire *Sur les causes, le diagnostic et le traitement des ulcérations de l'utérus.* (Commission : MM. Giraldès, Follin, Cazeaux.)

— M. le docteur Arsène Drouet adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse, *Des plaies et des hémorrhagies traumatiques de la main.*

— MM. Denonvilliers et Gosselin font hommage de la treizième livraison du *Compendium de chirurgie pratique.*

— M. Larrey présente de la part de M. E.-L. Bertherand (de Lille) , ex-chirurgien militaire, un travail manuscrit, intitulé *Recherches sur la luxation sacro-iliaque*, et un ouvrage imprimé sur *La médecine et l'hygiène des Arabes.* M. Bertherand demande le titre de membre correspondant. (Commission : MM. Robert, Chassaignac, Larrey.)

LECTURE.

M. MARJOLIN donne le résumé suivant d'un travail de M. Goyrand (d'Aix) *Sur les différentes méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre.*

Messieurs , l'intéressant travail que M. Goyrand (d'Aix) vous a adressé sur les différentes méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre a eu pour point de départ la communication faite au sein de la Société, dans la séance du 22 août, par M. Bonnet (de Lyon).

Suivant l'honorable chirurgien d'Aix, rien ne serait moins fait pour rallier à l'urétrotomie les praticiens qui lui sont opposés que l'exposition de cette méthode exceptionnelle, qui comprend, outre de nombreuses et larges incisions, la cautérisation énergique avec le fer rouge des trajets fistuleux; il repousse ce mode d'opération, parce qu'il est persuadé qu'on peut obtenir la guérison par des moyens plus doux et tout aussi sûrs.

La thérapeutique des rétrécissements de l'urètre, dit notre collègue, est entrée dans une voie nouvelle; il importe donc de mettre chaque méthode à son rang et de déterminer avec soin les indications qui la réclament. M. Goyrand reconnaît les avantages de la dilatation dans la plupart des rétrécissements de l'urètre; mais il croit cependant qu'il y a des cas où elle est insuffisante et où il faut recourir à l'urétrotomie. Est-ce à dire qu'il faille toujours en venir là? Non, ce n'est pas sa pensée. Il ne veut pas, à l'exemple des chirurgiens qui ont imaginé, modifié ou adopté une méthode de traitement, être trop exclusif; c'est s'exposer à tomber dans des exagérations et à s'éloigner de la vérité.

Après ces réflexions, il passe en revue chaque méthode; il revient sur les cas dans lesquels la dilatation seule a suffi, puis il rappelle les bons effets que l'on peut obtenir de la cautérisation dans des rétrécissements peu dilatables, en employant simultanément de loin en loin des sondes d'un fort calibre. Notez bien que l'auteur de ce travail ne veut pas pour cela soutenir les propositions de Mayor (de Lausanne); pour lui ce ne sont que des paradoxes. En passant en revue des méthodes, il base son opinion sur des faits, et c'est parce qu'il a reconnu qu'il y a des cas où la dilatation est insuffisante, impossible, qu'il pose en principe qu'il est des circonstances où l'urétrotomie est indiquée, et alors ce ne sont plus de simples mouchetures qu'il faut pratiquer, mais des incisions de toute l'épaisseur de la paroi de l'urètre, prolongées en avant et en arrière du rétrécissement.

Après l'exposé de ces généralités, M. Goyrand rapporte une observation dans laquelle il parvint à guérir par l'urétrotomie et la dérivation des urines, au moyen d'une canule à demeure, un malade qui depuis longues années était atteint d'un rétrécissement de l'urètre compliqué de nombreuses fistules urinaires qui avaient persisté malgré l'emploi de sondes à demeure.

Cette opération compliquée, et qui fut suivie au bout de quelques mois d'un plein succès, avait consisté :

1° En une incision très étendue des tissus indurés du périnée;

2° Une incision de la paroi inférieure de l'urètre comprenant presque toute la partie périnéale de la portion spongieuse, toute la portion membraneuse et la partie inférieure de la portion prostatique du canal;

3° L'introduction dans la vessie par l'incision périnéale d'une canule qui a été laissée à demeure, et qui a servi à dériver les urines pendant près de deux mois.

Dans cette opération, M. Goyrand a divisé le rétrécissement de la peau vers l'urètre comme le fait M. Syme; à l'exemple de M. Reybard, il a prolongé l'incision à une assez grande distance en avant et en arrière du point rétréci. C'était le moyen d'obtenir une cicatrice plus large, et par conséquent un élargissement plus considérable du point rétréci du canal. Enfin la grande incision périnéale et la canule à demeure rappellent l'opération décrite par Boyer et que ce chirurgien conseillait, après Ledran, dans les cas de fistules urinaires qui ne cédaient pas à la dilatation du canal et à l'incision des trajets fistuleux. Seulement Ledran et Boyer incisaient le col de la vessie, et M. Goyrand s'est arrêté devant cet orifice, bien convaincu, comme M. Vidal (de Cassis), de l'inutilité de son incision en pareil cas.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Séance du 3 *octobre* 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ostéosarcome du pouce. — M. Huguier montre un malade atteint de cette affection.

Le nommé Durand (François), pêcheur, âgé de soixante ans, s'est présenté le 3 octobre 1855 à la consultation de M. Huguier pour une tumeur située à la face dorsale du pouce (main gauche).

Ce malade raconte que depuis huit ans l'ongle du même doigt noircissait sans cause connue, et qu'il tomba spontanément il y a deux ans environ. A sa place restait une ulcération qui fut regardée comme cancéreuse et traitée par la cautérisation. On obtint une cicatrice irrégulière, bosselée, au niveau de laquelle s'aperçoit encore un débris de l'ongle.

Il y a environ huit mois, sur la face dorsale du même pouce, au niveau du milieu de la première phalange, apparut une tumeur très dure, indolente, de la grosseur d'une petite noisette. Elle atteignit rapidement le volume d'une noix, et le même médecin qui avait cautérisé l'ulcération sous-onguéale exerça sur elle, sans aucun résultat, une forte pression au moyen d'une spatule.

Cette tumeur n'en continua pas moins à se développer, et actuellement elle a envahi toute la face dorsale du pouce, depuis la base de la première phalange jusqu'au sillon de l'ongle. Elle adhère aux phalanges, et empiète même un peu sur leur face palmaire. Elle a le volume et la forme d'un œuf; elle est allongée suivant l'axe du pouce, et présente une sensation molle, kystique; les pulsations y sont fort obscures ou à peu près nulles.

La peau est amincie, bleuâtre, et parcourue par quelques vaisseaux qui se rendent à la tumeur. Elle présente trois eschares noirâtres audessous desquelles on voit sourdre quelques gouttes d'un sang noir. Ces eschares sont le résultat d'une application de pâte de Vienne faite ces jours derniers d'après le conseil d'un médecin.

Depuis trois mois seulement la tumeur dont il s'agit est le siége d'élancements revenant à de fréquents intervalles.

Sur la face antérieure de l'avant-bras, et vers le milieu de sa longueur, au voisinage du bord radial, se trouve une petite tumeur faisant une légère saillie sur la peau, dans l'épaisseur de laquelle elle paraît développée; sa couleur est bleuâtre, son volume celui d'un pois, et sa dureté très grande.

Plus loin, à la face antéro-interne du bras, un peu au-dessus du siége ordinaire du ganglion sus-épitrochléen, on rencontre encore une tumeur qui présente le volume d'une petite noix; elle est indolente, molle, sans adhérence avec les parties molles profondes, et recouverte par la peau, déjà amincie et bleuâtre.

Enfin, en portant la main profondément dans le creux de l'aisselle, on sent une masse de ganglions légèrement indurés et tuméfiés.

Le malade est, du reste, d'une forte constitution, et son état général paraît bon.

— M. le docteur Ceccaldi, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, présente un malade qui, le 3 août dernier, a eu l'olécrâne divisé et l'articulation largement ouverte par un coup de sabre, et qui, sous la simple influence d'une saignée générale et des irrigations permanentes, guérit dans l'espace de quarante-six jours, en conservant

le jeu de l'articulation complet quant à l'extension, et presque complet sous le rapport de la flexion.

— M. Marjolin achève la lecture du travail adressé par M. le docteur Goyrand.

M. Chassaignac remarque qu'après avoir critiqué M. Reybard, M. Goyrand cite une observation dans laquelle on a réuni tous les inconvénients des procédés par incision; c'est-à-dire qu'on a à la fois incisé comme M. Reybard, comme M. Syme, en y joignant l'incision telle que la pratiquait Boyer. Tout cela est dangereux et funeste; c'est accumuler toutes les mauvaises chances dans une seule opération.

M. Marjolin réplique que M. Goyrand, tout en faisant l'urétrotomie, s'est séparé de M. Bonnet, parce qu'il n'a pas employé la cautérisation au fer rouge.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Legouest, médecin major, agrégé au Val-de-Grâce, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, adresse un mémoire sur les congélations observées à Constantinople pendant l'hiver de 1854 à 1855. (M. Larrey est chargé de faire un rapport.)

— M. le docteur Mavel (d'Ambert) adresse à la Société les deux observations suivantes :

1° *Dystocie causée par une inversion du vagin compliquée d'induration;*

2° *Lichen circumscriptus communiqué de l'espèce bovine à l'espèce humaine.* (M. Danyau, rapporteur.)

— M. Chassaignac dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Mathjissen une lettre dans laquelle ce chirurgien réclame la priorité pour l'application de l'appareil plâtré dans le traitement des fractures. (Dépôt aux archives.)

LECTURES.

M. Clerc donne lecture d'un mémoire en réponse à quelques points du dernier rapport de M. Cullerier. L'auteur s'attache surtout à établir la dualité du virus chancreux. Ce travail sera examiné par une commission composée de MM. A. Guérin, Huguier et Ad. Richard.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Gosselin présente une tumeur de la région parotidienne du volume du poing, et portée par un sujet de vingt-huit ans. Cette tumeur était peu douloureuse, mobile sur les couches sous-jacentes, et présen-

tait une sorte de mollesse simulant la fluctuation. La laxité du tissu cellulaire et la présence d'un kyste à contenu séro-sanguinolent audessous de la tumeur en rendirent l'énucléation facile. Elle s'était, du reste, creusé une fossette peu profonde. Il fallut lier seulement quelques artérioles.

A la coupe, cette production n'a pas les apparences du cancer ; elle est formée de gros lobules conglomérés qui rappellent plutôt les hypertrophies dont la parotide est parfois le siége ; cependant l'aspect glandulaire lui-même est peu marqué. MM. Gosselin et Bauchet ont reconnu à l'examen microscopique des culs-de-sac glandulaires à la périphérie, et au centre une masse constituée par du tissu fibro-cartilagineux avec prédominance de fibres.

M. Verneuil a vu dans la même région une tumeur existant depuis très longtemps et qui avait le volume d'une pomme. Elle avait beaucoup de ressemblance avec la précédente, sauf peut-être une plus grande consistance. Cette production était composée d'une substance fibro-cartilagineuse ayant les plus grandes affinités de structure avec le fibro-cartilage du pavillon de l'oreille.

M. Broca a déjà vu deux cas de ce genre. M. Paget a eu également l'occasion d'en voir un certain nombre, et il pense même que, si l'on en excepte les tumeurs provenant du squelette, la région parotidienne est celle où les enchondromes se présentent le plus souvent. M. Broca ne partage pas entièrement cette opinion ; mais il reconnaît cependant une certaine prédilection des formations cartilagineuses pour la région en question.

M. Gosselin pense qu'en raison de la petite proportion des éléments cartilagineux cette tumeur ne mériterait pas le nom d'enchondrome ; le tissu fibreux et les culs-de-sac glandulaires étaient en effet beaucoup plus abondants.

M. Larrey rappelle que, dans son *Mémoire sur l'adénite cervicale*, il a indiqué des cas analogues à celui-ci au point de vue de l'extirpation des tumeurs ganglionnaires de la région parotidienne.

Il cite aussi une thèse déjà ancienne de M. Pillet (de Lyon) sur l'*extirpation de la glande parotide*, et surtout l'excellente monographie d'Auguste Bérard sur les *maladies de la parotide et de la région parotidienne*, eu égard à l'ablation des tumeurs qui paraissent dépendre quelquefois de la glande et qui appartiennent aux ganglions.

M. Larrey rappelle enfin que son père, dans un *Mémoire sur l'extirpation des glandes salivaires*, a rapporté un cas d'ablation de la

glande parotide dont la dégénérescence fibreuse offrait beaucoup d'analogie avec la pièce présentée par M. Gosselin.

M. Houel ne considère pas cette lésion comme très rare ; il en a vu deux exemples dans une seule année.

M. Giraldès rappelle que, dans son *Mémoire sur l'enchondrome*, Müller cite déjà la présence de cette maladie dans la région parotidienne.

M. Richard a extirpé une tumeur de ce genre ; elle était très-mobile, et sa nature véritable n'avait pas été reconnue avant l'opération. La saillie extérieure était peu considérable, mais la tumeur s'enfonçait profondément. Elle était formée par du cartilage pur.

— Extrait du rapport de M. Monod sur les travaux de M. Cazenave (de Bordeaux) :

Blessure de la prostate dans la ponction vésicale sus-pubienne (1). — M. Monod ayant fait connaître à la Société de chirurgie un cas de blessure du lobe moyen de la prostate par la pointe d'un trocart dans une ponction sus-pubienne de la vessie, M. Cazenave (de Bordeaux) a envoyé à la Société de chirurgie l'observation fort intéressante d'un fait semblable. La rétention d'urine était causée par un gonflement de la prostate ; la ponction de la vessie fut faite à l'aide d'un trocart courbe dont l'extrémité pénétra dans la prostate, de façon qu'il ne s'écoula par la canule que du sang ; mais cet accident eut un résultat aussi heureux qu'inattendu : grâce probablement au dégorgement de la prostate opéré par cette saignée locale, le malade recouvra la faculté d'uriner librement pendant quelque temps. Il succomba plus tard par suite de la suppuration de la prostate et de l'inflammation de la vessie et des reins.

Nous extrayons du rapport fait à la Société de chirurgie par M. Monod sur cette observation les remarques suivantes :

On conçoit comment la prostate peut être blessée dans la ponction hypogastrique, lorsqu'on se rappelle, d'une part, que le lobe moyen de cet organe engorgé peut devenir très volumineux et faire une saillie considérable dans la cavité de la vessie ; de l'autre, que la prostate engorgée semble, dans quelques cas, se déplacer de bas en haut, entraînant la vessie et l'urètre, de manière qu'il n'est pas très rare de voir cet organe saillant au-dessus de la symphyse des pubis. Dans ces cas,

(1) Voir la séance du 5 septembre. — L'extrait de ce rapport n'avait pas encore pu être publié. (*Note du secrétaire.*)

la saillie de la prostate du côté du rectum est peu notable, et si l'on s'en tenait à cet examen seul, on serait exposé à méconnaître des engorgements prostatiques très considérables.

Une pièce pathologique, recueillie dans mon service de la Maison de santé, présente les deux altérations que je signalais tout à l'heure; en voici l'histoire en quelques mots :

Appelé dans la nuit par un confrère auprès d'un de ses clients affecté de rétention d'urine et qu'il ne pouvait sonder, j'appris que ce malade était sujet depuis plusieurs années à des hématuries avec rétention d'urine, que jusqu'alors il avait pu facilement introduire la sonde ordinaire, que le malade se sondait habituellement lui-même; mais que cette nuit le cathétérisme, soit avec les sondes de gomme élastique courbes armées ou non de mandrin, soit avec les sondes métalliques, n'avait amené que du sang. Le doigt introduit dans le rectum constatait que la prostate était peu saillante du côté de l'intestin, dure et légèrement bosselée. J'introduisis sans la moindre difficulté une sonde crochue de moyen calibre; l'urine était mêlée avec une très forte proportion de sang liquide. Je recommandai de ne laisser la sonde dans le canal que pendant quelques heures, et de faire des injections d'eau fraîche et d'eau de Tisserant si l'hémorrhagie persistait.

Le surlendemain, le malade me fut apporté à la Maison de santé. L'hématurie et la rétention d'urine avaient persisté; les douleurs étaient très vives, le malade fort affaibli. A la demande du malade, la sonde avait été laissée à demeure. Deux jours après, pendant que l'élève interne faisait une injection d'eau fraîche dans la vessie, des douleurs vives dans le ventre, avec cessation d'écoulement par la sonde révélèrent une perforation de la vessie. Le malade succomba le lendemain.

A l'autopsie on trouva les lésions suivantes :

Hypertrophie considérable de la prostate dans ses parties latérales et moyenne. Tout l'organe s'est élevé dans le bassin, derrière la symphyse du pubis; le lobe moyen, de la grosseur d'un œuf de pigeon, fait saillie dans la cavité de la vessie, et est ulcéré à son sommet. L'urètre est coudé à angle droit au niveau de cette saillie, et son orifice vésical est caché derrière la symphyse. Au sommet de ce coude commence une fausse route qui traverse toute la base du lobe moyen et aboutit dans la vessie. Celle-ci présente à sa paroi postérieure une ulcération de plus de 2 centimètres de diamètre dont le fond, formé par le péritoine seul, est perforé. Des lambeaux gangrénés entourent ce trou.

Dans ce cas, si on avait fait la ponction hypogastrique, le trocart aurait pu facilement atteindre la prostate.

La conséquence pratique qui nous paraît résulter des faits que nous venons de signaler, c'est qu'il faut tenir compte de la possibilité de la lésion de la prostate dans la ponction hypogastrique de la vessie ; que lorsqu'on aura lieu de soupçonner un engorgement de la prostate, il ne faudra pas suivre le précepte classique de pousser le trocart d'avant en arrière et de haut en bas : il faudra diriger la pointe du trocart horizontalement, ou même un peu de bas en haut. Le trocart droit devra être préféré au trocart courbe.

Nous proposons d'adresser des remercîments à M. Cazenave et de déposer son mémoire dans les archives de la Société.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr Arist. VERNEUIL.

Séance du 10 octobre 1855.

Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VIDAL montre un jeune homme de vingt ans environ, d'une bonne constitution, fumiste, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, se nourrissant bien, et qui est affecté de plusieurs ulcérations dues à des gangrènes spontanées. Ce malade eut une blennorrhagie il y a deux ans. Quelque temps après, à la suite d'un excès alcoolique, une gangrène de la verge se déclara, sans qu'il y eût ni chancre, ni phimosis, ni cause quelconque à invoquer. En huit jours la verge se détacha dans sa totalité, et la chute de l'eschare laissa une ulcération qui empiétait jusque sur les parties voisines du scrotum (1).

Bientôt après, une eschare gangréneuse apparut dans la région parotidienne. L'ulcération qui en résulta était large, à bords taillés à pic et profonde ; le masséter et la face externe de la glande parotide étaient à nu au fond de la plaie. Plus tard encore, une troisième lésion du même genre se manifesta au bras gauche, vers la partie inférieure et postérieure du deltoïde. Les bords en sont taillés à pic, un peu décollés ; le fond couvert de bourgeons charnus. La cicatrisation marche sans difficultés.

(1) L'observation complète suivie de remarques est publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. II, p. 782 ; 2 novembre 1855.

Fait remarquable, ces eschares se sont produites sans douleur, sans accidents quelconques. Le malade ne paraît pas même chagriné de la perte de sa verge; il est tellement indifférent à sa maladie, qu'il ne parla point de l'eschare du bras, et ne la montra que lorsqu'un de ses voisins, incommodé par la mauvaise odeur, le fit apercevoir de la nouvelle manifestation de la maladie.

M. Huguier a vu en 1828, dans le service de Cullerier, un cas de gangrène spontanée de la verge. La mortification envahit seulement le prépuce et une partie du gland; elle survint dans un accès de fièvre intermittente pendant lequel la congestion vasculaire des parties périphériques fut portée tellement loin qu'il y eut à la lèvre supérieure une rupture avec formation d'une petite eschare. Quant aux deux autres plaques gangréneuses de la joue et du bras, leur développement est beaucoup plus difficile à comprendre, et l'on peut se demander s'il n'y a pas chez le malade de M. Vidal quelques antécédents syphilitiques antérieurs même à la blennorrhagie. On voit en effet quelquefois des ulcérations qui succèdent à des tumeurs gommeuses, qui apparaissent sans douleurs, sans inflammation, et qui s'accompagnent d'eschares cutanées. Il serait, il est vrai, difficile d'expliquer de cette manière la mortification totale de la verge.

M. Lenoir a vu autrefois un cas fort remarquable de gangrènes multiples et spontanées chez une jeune femme de vingt-deux ans, replète et bien portante. Quatre fois dans l'espace de deux années elle fut prise d'accidents de ce genre, qui consistaient en des sphacèles circonscrits portant uniquement sur la peau de la jambe, de la cuisse, des avant-bras. Aucune cause ne pouvait être invoquée, et Marjolin, qui observait cette maladie, ne savait à quelle origine la rapporter. M. Lenoir a perdu de vue cette jeune femme.

M. Demarquay est en mesure de compléter l'observation. Cette malade a passé l'hiver de 1841 dans le service de Blandin. A plusieurs reprises, des eschares cutanées de la largeur d'une pièce de cinq francs se montrèrent à la partie interne et inférieure de la jambe et aux avant-bras. L'état général était très bon. Toutefois, la nuit qui précédait les nouvelles manifestations de la maladie, des douleurs vives surgissaient dans un point circonscrit, et annonçaient l'apparition d'une plaque blanche, sèche; un liséré rouge l'entourait bientôt, et l'élimination se faisait. L'observation a été longuement publiée (*Gaz. méd.*, 1841).

M. Vidal connaît ces faits de gangrène spontanée, et il range à côté

d'eux l'observation actuelle; mais il la cite précisément comme intéressante au point de vue du diagnostic, et à cause de la ressemblance de la maladie avec la syphilis. Ainsi, il y a dans les antécédents un coït impur, puis une blennorrhagie, puis une ulcération persistante dans la région génitale et simulant un chancre phagédénique. Une autre ulcération à bords taillés à pic se montre à la joue, une troisième survient au bras. On pourrait supposer qu'elles s'y sont développées par le transport d'un pus inoculable inséré avec les ongles.

La présence successive de ces trois eschares indique bien une diathèse gangréneuse; mais celle-ci a pris naissance sous l'influence d'un excès alcoolique, et l'on sait que la même cause amène parfois le phagédénisme et la complication gangréneuse des chancres. Il y a là une concordance étiologique qui pourrait simuler la syphilis à un examen superficiel.

M. Huguier demande encore pourquoi M. Vidal rejette complétement l'idée d'une syphilis tertiaire et rattache tout cela à une diathèse gangréneuse. Il a vu à Lourcine une femme qui présentait aussi plusieurs eschares limitées ; elles étaient dues à des gommes du tissu cellulaire sous-cutané qui avaient déterminé le sphacèle du tégument susjacent. M. Vidal n'a vu les ulcérations qu'au bout d'un certain temps, il n'a pas assisté au début du mal, et par conséquent n'a pu savoir quels caractères il avait au début. Tout cela ne lui paraît donc pas clair.

M. Vidal a interrogé avec beaucoup de soin son malade , et n'a pu reconnaître aucun antécédent syphilitique , à moins qu'on n'admette le chancre larvé, toujours prêt pour les cas difficiles à expliquer. Il a également pensé à la tumeur gommeuse; mais d'ailleurs le mal n'a nulle ressemblance avec les ulcérations qui succèdent à la fonte de celle-ci. L'eschare porte primitivement sur la peau dans le cas actuel, et ne provient pas du tissu cellulaire sous-cutané; puis le fond de la plaie est vermeil et se répare avec une grande promptitude. Au reste , il emploie un traitement tonique et l'iodure de potassium, qui conviendraient à tous les cas, quelle que soit la nature de l'affection. Il a mis en usage ici avec succès la poudre camphrée pour activer la cicatrisation ; ce moyen, au reste, lui a déjà rendu service contre le phagédénisme en général.

M. Guersant admet que les excès alcooliques prédisposent à la gangrène de la verge , mais il attribue la même influence aux excès vénériens. Il opéra un jeune homme de vingt-deux ans d'un phimosis ,

ignorant que jusqu'à la veille de l'opération il s'était livré avec excès à la boisson et au coït. Tout alla bien dans les premiers temps; la réunion fut même obtenue à l'aide des serres-fines; mais deux jours après la gangrène détruisit toute la peau de la verge. L'emploi des toniques et de pansements convenables amenèrent néanmoins la cicatrisation. La réparation ne fut pas même trop désavantageuse.

M. Chassaignac. Les observations de diathèse gangréneuse sont trop rares pour qu'on néglige la discussion du fait actuel. Cette variété, en effet, est admise par les uns, niée par les autres. Le cas que MM. Lenoir et Demarquay ont cité est tout à fait concluant, mais celui de M. Vidal n'est pas du même genre et ne mérite pas la même dénomination. En effet, pour que la diathèse soit réelle, il faut que les manifestations de la maladie soient indépendantes, intermittentes en quelque sorte; que les attaques soient éloignées et séparées par des intervalles pendant lesquels la santé est intacte. Il ne faudrait pas appeler diathèse gangréneuse ces cas où l'on voit à la fois ou à de courts intervalles le sphacèle envahir la bouche, les organes génitaux, le tissu cellulaire : c'est une seule maladie avec des siéges multiples, et voilà tout.

Le malade de M. Vidal appartient à cette catégorie.

M. Larrey remarque que le malade de M. Vidal est fort peu intelligent et paraît doué d'une grande indifférence; or dans ces conditions les plaies, les ulcères ont peu de tendance à se cicatriser; ils prennent facilement l'aspect gangréneux, et cette tendance s'observe également chez les paralytiques, les individus épuisés et même chez les aliénés.

— M. Guersant présente un jeune homme de quatorze ans chez lequel une atrophie du testicule droit est survenue à la suite d'une orchite. Il y a quelques mois, une chute eut lieu sur l'abdomen; le testicule s'enflamma, puis diminua de volume après la résolution; aujourd'hui il est réduit à des proportions très minimes. Mais, de plus, il existe une varicocèle à gauche. Craignant que cette seconde affection ne détermine à son tour l'atrophie de la glande correspondante et par suite la stérilité absolue, M. Guersant demande à ses confrères s'il n'y aurait pas lieu d'opérer la dilatation veineuse. Ce fait est remarquable encore, parce que la varicocèle se montre très rarement d'aussi bonne heure.

M. Vidal, après avoir examiné le scrotum, ne croit pas à une simple atrophie; il pense qu'il existe à droite un dépôt tuberculeux; il a vu, au reste, la glande séminale s'atrophier chez des enfants provenant de

parents syphilitiques. A gauche, il a constaté, comme M. Guersant, un varicocèle très développé ; il pense qu'il faut opérer si on veut que le testicule s'accroisse et que la constitution virile se dessine. Il a eu l'occasion d'opérer par l'enroulement un double varicocèle chez un jeune homme à voix très grêle, chez lequel les testicules étaient très petits et les canaux déférents filiformes. L'opération eut un résultat général remarquable : la constitution devint très forte, la virilité bien accusée et une voix de basse-taille se développa.

L'atrophie du testicule symptomatique du varicocèle est un fait très réel qu'on a nié dans ces derniers temps bien gratuitement.

M. Verneuil. L'atrophie du testicule à la suite d'une orchite est manifeste dans le cas actuel ; elle était plus remarquable encore dans le cas suivant :

Un jeune garçon de douze ans fut atteint pendant le cours d'une amygdalite d'un gonflement indolent de la partie droite du scrotum, qui avait environ doublé de volume ; la tunique vaginale était distendue par du liquide. Il s'agissait probablement d'une hydrocèle simple, sans orchite ni épididymite, car le liquide se résorba au bout de deux ou trois jours sans traitement et sans qu'il restât de traces de la maladie. Cependant le testicule du côté droit se développa beaucoup moins que le gauche ; il resta mou et aplati, et atteignit à peine la moitié du volume de l'autre : ce qui ne l'empêcha pas, quelques années plus tard, d'être atteint seul d'épididymite blennorrhagique.

Dans ce cas il n'y eut pas atrophie, à proprement parler, mais plutôt arrêt de développement. M. Verneuil signale, de plus, la singulière coïncidence entre l'affection scrotale et l'inflammation des tonsilles ; il a rencontré un autre fait semblable noté dans une thèse. On connaît bien la relation qui existe entre l'orchite et les parotides ; mais on n'a jamais noté rien de semblable pour l'inflammation des amygdales.

M. Chassaignac insiste aussi sur la rareté du varicocèle chez les jeunes sujets ; il ne l'a rencontré qu'une fois avec Marjolin. Cette rareté rend le diagnostic très difficile. Dans le cas auquel il fait allusion, plusieurs chirurgiens distingués étaient tombés dans une erreur facile du reste à commettre, et avaient cru à une épiplocèle congéniale.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Broca, à propos du procès-verbal, confirme entièrement les résultats microscopiques obtenus par MM. Bauchet et Gosselin sur la tumeur de la région parotidienne. C'était bien une tumeur mixte hypertrophique à la circonférence, avec un noyau cartilagineux au centre ;

il est très difficile de décider si l'enchondrome s'est développé au centre d'une tumeur glandulaire, ou si, au contraire, le dépôt cartilagineux préexistant, les granulations parotidiennes se sont hypertrophiées symptomatiquement.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Porta, professeur à l'université de Pavie, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, fait hommage à la Société d'une série de mémoires sur divers sujets de chirurgie et d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Coutaret envoie pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse sur les *ligatures caustiques.*

— M. Larrey offre à la Société deux thèses soutenues, d'après des observations de la clinique du Val-de-Grâce, l'une par M. Baudoin sur les *kystes synoviaux tendineux de la région poplitée*, l'autre par M. Dauvé sur les *plaies par morsures simples.*

— M. Verneuil communique à la Société l'observation suivante, dont les détails lui ont été fournis par M. le docteur Al. Leclerc, médecin à Roullac, près Angoulême:

Tumeur érectile de la région auriculaire guérie par des applications externes de perchlorure de fer. — Vers la fin de l'année 1853, M. Leclerc fut consulté pour un enfant de douze à treize mois affecté d'une tumeur érectile qui faisait des progrès considérables, et qui n'avait été jusqu'à ce jour traitée que par des applications externes insignifiantes. Cette tumeur était congéniale. Elle s'était d'abord montrée sous la forme d'une très petite tache occupant la partie antérieure de l'oreille du côté droit ; peu à peu le mal avait progressé au point d'envahir le lobule, la moitié inférieure de la conque, le tragus et les parties voisines de la région parotidienne. Le tissu morbide avait environ 3 à 4 centimètres d'étendue dans ses diamètres superficiels ; il paraissait s'étendre à une certaine profondeur. La partie inférieure de l'oreille avait pris un assez grand volume, et sur la joue la tumeur proéminait assez fortement au-dessus du niveau des téguments sains. La peau était manifestement envahie dans toute son épaisseur ; la coloration était d'un rouge vermeil. La pression, la position modifiaient peu les dimensions de la tumeur, qui était assez consistante et se gonflait notablement pendant les cris de l'enfant. Il n'y avait, au reste, ni battements, ni souffle, ni expansion ; mais la tendance à l'envahisse-

ment était très manifeste. Point de douleur spontanée, ni provoquée ; état général bon. L'enfant n'était point sevré.

M. Leclerc eut l'idée d'employer le perchlorure de fer de la manière suivante : il imbiba des plumasseaux de charpie du sel de fer, les appliqua sur toute la surface érectile et les maintint avec un léger bandage. Ce procédé avait l'avantage de porter le liquide dans toutes les anfractuosités de la surface malade. Le perchlorure était renouvelé trois fois par jour, et les applications furent continuées pendant deux mois.

Jamais l'enfant n'accusa la moindre douleur de ce traitement; l'épiderme ne fut point détruit; en un mot, il n'y eut pas vestige d'action caustique. Chose remarquable, on ne constata pas davantage d'inflammation dans le tissu érectile. La tumeur ne durcit point; elle resta toujours souple, mais cessa bientôt de s'accroître. Le peu de changement amené dans les premiers temps fit craindre un résultat nul, et motiva la longue persévérance des applications de perchlorure. Cependant, peu à peu la saillie de la tumeur et l'hypertrophie de l'oreille disparurent. La trame vasculaire s'affaissa et ne se gonfla plus par les cris ; en un mot, la guérison fut obtenue au bout de deux mois, et depuis ne s'est plus démentie.

Au jour actuel, il n'y a dans la région malade aucune cicatrice; la peau a conservé toutefois une coloration d'un brun rouge, analogue à celle qui caractérise les taches de naissance; mais la vascularisation anormale, et surtout la tendance à l'accroissement ont complétement disparu.

M. Verneuil ajoute les remarques suivantes :

Ce fait est intéressant sous plusieurs rapports. D'abord, par l'indolence absolue qui accompagna les applications du sel de fer; puis, par la lenteur de son action. Le mécanisme de la guérison est également remarquable par l'absence de toute espèce de traces d'inflammation intérieure ou interstitielle. Il est difficile de savoir comment le sel de fer a amené l'atrophie du tissu érectile; mais cette atrophie n'est point douteuse, et malgré la coloration qui persiste encore, la cure peut être regardée sans doute comme radicale. La suite pourra seule nous apprendre si la récidive est possible alors que le traitement n'a pas amené la destruction complète du tissu morbide.

Le perchlorure de fer a déjà été employé avec succès dans le traitement des tumeurs érectiles. Plusieurs des membres de la Société l'ont mis en usage; mais jusqu'alors deux procédés surtout ont été adoptés.

Le premier, qui consiste à injecter le liquide au sein même de la trame vasculaire; le second, dans lequel le sel de fer est appliqué à l'extérieur, mais après une dénudation préalable du derme au moyen d'un épispastique. La pratique que M. Leclerc a suivie dès 1853 constitue un troisième procédé qui, sans doute, est moins énergique, moins sûr que les deux précédents, mais qui, en revanche, se présente avec un caractère d'innocuité qui n'est pas sans avantage.

Toutes les fois donc que l'on aura affaire à une tumeur érectile superficielle peu étendue, peu profonde, et ne compromettant pas la vie par une marche trop rapide, il sera permis de tenter les applications externes simples de perchlorure de fer, en réservant pour des cas plus graves ou pour les insuccès les deux autres procédés.

Le moyen que je viens d'indiquer n'a pas les caractères d'une véritable opération chirurgicale, il n'a rien d'alarmant; il paraît dépourvu de douleurs ; il sera donc en particulier utile chez les très jeunes enfants. Rien n'empêcherait donc d'y recourir de très bonne heure. On sait qu'un bon nombre de nævi qu'on remarque à la naissance disparaissent plus tard spontanément ou restent stationnaires, ce qui est peut-être la cause de la trop grande sécurité que cette marche inspire aux parents et aux praticiens. Les chirurgiens ayant à leur disposition un moyen parfaitement simple et d'une efficacité prouvée, agiront peut-être prudemment en prévenant l'accroissement de la maladie avant même que ses progrès soient en voie d'exécution.

Je profiterai de cette occasion pour dire que les praticiens relégués dans les campagnes rencontrent souvent des faits d'un grand intérêt et qui restent perdus pour la science. Une timidité malencontreuse et un peu d'indifférence séquestrent ces documents précieux qu'un peu d'encouragement ferait éclore. La Société de chirurgie est en position de lever ces obstacles, et c'est un doux devoir qu'elle peut s'imposer. Ceci me mène à proposer qu'en l'absence même de demande spéciale de la part de l'auteur, la Société remercie M. Leclerc de sa communication et l'engage à compléter l'observation en tenant l'enfant en observation, et à nous adresser, si rares qu'ils puissent être, les faits curieux de sa pratique.

La proposition est adoptée. M. le secrétaire général en avertira M. le docteur Leclerc.

M. Broca donne quelques renseignements sur les résultats que lui ont fournis les applications de perchlorure de fer dans les taches de naissance.

M. Vidal. Le perchlorure agit à la manière des caustiques; il ne peut convenir que pour les tumeurs érectiles très superficielles. Quand, au contraire, le tissu vasculaire a une certaine épaisseur, il vaut mieux recourir à des agents plus puissants. Il traite en ce moment, dans son service, une tumeur érectile du front par le caustique de Vienne; il en résultera une cicatrice qui pourra être couverte par les cheveux, et qui d'ailleurs ne sera pas très difforme.

M. Chassaignac. On doit distinguer dans les taches de naissance au moins deux variétés : la première qui est constituée par des vaisseaux, la seconde qui renferme un tissu spongoïde, mollasse, sans vascularisation. Il a rencontré un cas de ce genre chez un élève externe de l'hôpital Lariboisière. La tumeur, du diamètre d'une pièce de 5 francs, siégeait sur le front. Le nitrate d'argent avait été employé sans succès. La guérison fut obtenue par trois applications successives de potasse caustique faites sur la surface de la tumeur, qui fut ainsi divisée en trois segments.

En ayant soin, comme le recommandait A. Bérard, de couvrir d'amadou la masse caustique, on obtient une cicatrisation très régulière; l'eschare est longue à se détacher, mais la cicatrice se fait au-dessous sans suppuration. Dans le cas auquel il fait allusion, ses trois applications furent faites sans douleurs, sans suppuration, et aujourd'hui la cicatrice est lisse, régulière et ne mérite nullement les reproches qu'on adresse aux réparations obtenues après l'action de la cautérisation potentielle (1).

M. Guersant appuie les opinions de M. Chassaignac sur l'efficacité de la pâte de Vienne dans les tumeurs érectiles. Non-seulement il a réussi dans des cas analogues, mais il a bien souvent fait des applications de même nature autour des articulations. Jamais il n'a vu ces cicatrices irrégulières, ces brides, ces rétractions dont on parle ; les surfaces des ulcérations ont toujours été, après la guérison, lisses, régulières, en un mot, d'un très bon aspect.

M. Giraldès. Personne ne songera à appliquer le perchlorure aux taches pigmentaires, qui consistent dans un dépôt exagéré de pigment avec hypertrophie du derme dans quelques cas, mais sans vascularité anormale. Les vraies tumeurs érectiles ont une tout autre structure.

---

(1) Voir les détails de ce procédé dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 20 octobre 1855.

Pour que le perchlorure agisse, il faut que le derme soit mis à nu, car l'épiderme résiste très bien à son action. Ces applications, au reste, ne sont nullement dangereuses, et c'est bien à tort que M. Nélaton ou ceux qui ont reproduit ses leçons ont prétendu qu'il y avait eu des accidents dans un cas de varices artérielles traitées par ce moyen. Certainement, dans le début, on a manié le perchlorure sans ménagement et sans précautions; on a produit quelques eschares superficielles, mais qu'il ne faut pas prendre pour de la gangrène. Depuis qu'on connaît mieux les précautions nécessaires, il n'arrive plus de ces accidents. Il y a seulement un peu d'inflammation, parfois quelques petits abcès circonscrits; mais ces phénomènes sont sans importance, et leur apparition n'est pas nuisible.



RAPPORT.

M. Follin lit un rapport sur une observation adressée par M. Coste (de Marseille), et ayant pour titre : *Cancer encéphaloïde de l'aisselle. Les vaisseaux et les nerfs sont placés au-devant de la tumeur morbide, qui n'en est pas moins enlevée. Nul accident après la lésion et la ligature de la veine axillaire.*

Une discussion s'engage sur la ligature des veines ; elle sera reproduite à la suite du rapport de M. Follin.

— M. Broca présente les membres inférieurs d'un fœtus affecté de prétendues fractures intra-utérines multiples.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Aristide Verneuil.

Séance du 17 octobre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Follin présente un malade auquel il a extirpé un corps étranger de l'articulation du coude, et donne sur la maladie et l'opération les détails suivants :

Cet homme, âgé de vingt-trois ans, ressentit, il y a quatre ans environ, de la gêne dans les mouvements du coude gauche ; mais cette gêne ne fut d'abord que passagère. Il y a deux ans, elle augmenta de nouveau, et le malade ne put fléchir et allonger le bras qu'avec la plus grande difficulté. Une fièvre typhoïde qu'il eut à cette époque le retint pendant un mois au lit. Après sa guérison, les mouvements revinrent complétement; les douleurs ne se montraient qu'après un travail prolongé.

Vers le milieu du mois d'août de l'an dernier, ce malade, qui est employé dans une épicerie, éprouva, en descendant du savon dans la cave, les mêmes accidents qu'autrefois, il ne put fléchir l'avant-bras, et du gonflement se montra dans l'articulation. Il entra alors à l'hôpital Saint-Louis, où on le traita par l'immobilité du membre. Au bout d'un mois, on constata une légère amélioration, et pendant quelque temps encore cet individu put reprendre ses occupations, en éprouvant seulement un peu de faiblesse dans le membre.

Vers la mi-octobre, nouvelle tuméfaction de l'article, avec impossibilité de mouvoir le coude. C'est alors que le malade entra à l'hôpital.

M. Follin constata à ce moment une augmentation de volume du coude sans changement de coloration aux téguments. Entre la partie interne de l'olécrane et l'épitrochlée se trouve une petite tumeur roulant sous le doigt, que l'on sent très distinctement, et que l'on peut faire changer de place avec une grande facilité. Ce petit corps paraît avoir le volume d'un pois. Le malade assure l'avoir quelquefois senti dans le pli du coude. Au siége de prédilection de ce corps étranger, existait une petite tumeur mollasse produite sans doute par du liquide épanché dans l'articulation.

M. Follin, bien convaincu de la présence du corps étranger, se dé-

cida à l'enlever par une incision directement portée sur lui. Le bras du malade placé dans l'extension, on met le corps étranger dans une position fixe entre l'épicondyle et la partie externe de l'olécrane. Un aide applique son pouce au-dessus de lui, afin d'éviter tout déplacement. Une incision longue d'un pouce est pratiquée sur le corps étranger et divise tous les tissus compris entre la partie externe de l'olécrane et l'épitrochlée. On parvient ainsi sur une petite masse blanchâtre qui vient faire saillie à travers la plaie, et qu'on extrait aussitôt. Ce corps étranger, du volume et de la forme d'un haricot, est d'un blanc jaunâtre et d'une consistance pierreuse.

La plaie fut fermée à l'aide de quelques bandelettes de diachylon, et le membre fixé dans une gouttière, de manière à empêcher tout mouvement dans le coude.

Les deux jours suivants, le malade ressentit un peu de douleur au niveau de l'incision, et un peu de pus se montra entre les lèvres de la plaie, dont les deux tiers supérieurs étaient cicatrisés. Le même pansement fut continué. Bientôt le pus cessa de couler; mais pendant une dizaine de jours environ un peu de synovie sortit encore par la partie la plus déclive de la plaie. Enfin, au bout de ce temps la guérison fut complète, et le malade put reprendre ses travaux, qu'il continua jusqu'à ce jour avec facilité.

Toutefois, cet homme a senti récemment dans son articulation un nouveau corps étranger, et il a pu nous le faire découvrir au côté interne du coude, en avant de l'épitrochlée. Ce nouveau corps paraît moins volumineux que le précédent, et il est souvent difficile de le toucher nettement.

L'absence de douleurs et de tuméfaction dans le coude, le peu de gène produite par le corps étranger, sont des contre-indications à une nouvelle opération. Mais en soumettant ce malade à l'examen des membres de la Société de chirurgie, M. Follin sollicite leur avis à cet égard.

M. Giraldès a enlevé un corps étranger de la même articulation; il était plus volumineux, placé à la partie externe; il était très accessible au toucher. M. Giraldès essaya de le faire sortir de l'articulation et de le fixer dans le tissu cellulaire voisin; mais il ne put y parvenir. Comme il y avait de grandes douleurs et une gêne considérable dans les mouvements, il fit l'incision directement sur le corps étranger, qui fut alors extrait sans peine. L'opération fut sans gravité; il y eut un peu d'inflammation phlegmoneuse sous-cutanée, mais point d'extension jusque dans la jointure.

La guérison eut lieu promptement.

M. Larrey. M. Follin soupçonne qu'il reste un corps étranger dans le coude de son malade. Cela ne serait point surprenant; car il est rare que dans cette articulation les corps étrangers soient uniques. Dans les observations publiées, on a presque toujours noté la multiplicité.

M. Denonvilliers a disséqué un cadavre dans l'articulation huméro-cubitale duquel existait quinze à vingt corps de cette nature.

M. Verneuil a déposé au musée Dupuytren un coude renfermant trois corps étrangers volumineux et libres, situés au fond des cavités olécranienne et coronoïdienne. Suivant la remarque de M. Houël, les pièces de ce genre sont fort communes.

M. Giraldès distingue les cas où l'articulation est saine et ne renferme qu'un corps étranger, de ceux où ceux-ci sont multiples et coïncident alors avec les altérations anatomiques de l'arthrite sèche, fongosités synoviales, ossification péri-articulaires, lésions des cartilages, etc.

M. Chassaignac. Malgré le résultat définitif heureux qu'ont eu les opérations faites par MM. Giraldès et Follin, l'incision directe a amené déjà trop de revers pour être adoptée généralement. Il y a d'ailleurs eu dans ces deux faits des accidents légers, il est vrai, mais qui auraient pu devenir graves. Le phlegmon sous-cutané observé par M. Giraldès, l'écoulement de synovie observé par M. Follin au cinquième jour montrent que la méthode sous-cutanée doit être préférée. Dans certains cas, d'ailleurs, on peut espérer la résorption spontanée des corps étrangers du genou lorsqu'on les a entraînés au dehors de l'articulation.

M. Morel-Lavallée, dans sa thèse de concours, a rapporté plusieurs cas de succès semblables à ceux qui viennent d'être communiqués. Il a noté également l'extrême gravité de l'extraction directe. Il reconnaît, avec M. Larrey, que la multiplicité des corps étrangers dans le coude est la règle.

MM. Giraldès et Follin répliquent qu'ils ont tenté vainement et à plusieurs reprises la méthode sous-cutanée; les corps étrangers ne pouvaient être saisis et entraînés dans le tissu cellulaire sous-cutané en raison de leur extrême mobilité. Pour M. Follin, la résorption spontanée de ces corps est encore fort problématique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Broca montre les pièces de prétendues fractures intra-utérines congéniales indiquées dans la séance précédente.

(L'observation sera publiée prochainement.)

M. Houel montre deux squelettes de fœtus à peu près à terme, déposés dans le musée Dupuytren sous les n°s 513 et 513 *a*, et qui établissent très évidemment l'existence de deux lésions mises en doute dans ces derniers temps ; c'est-à-dire la réalité du rachitisme congénial et des fractures rachitiques intra-utérines.

M. Depaul, qui a nié ces deux maladies, a vu ces pièces ; mais il n'a pas cru devoir les considérer comme des exemples de rachitisme ; il les a rapportés à une altération particulière de la diaphyse des os longs, caractérisée par la présence de plusieurs points d'ossification anormaux.

M. Houël ne saurait partager cette manière de voir. Les déformations de ces squelettes et les antécédents des parents, qui étaient eux-mêmes rachitiques (le fœtus 513 *a* à été présenté à la Société anatomique par M. Notta), ne laissent aucun doute sur la nature du mal. Le squelette n° 513 *a* présente en outre quinze fractures, dont quelques-unes sont récentes, d'autres en voie de consolidation, et enfin il en existe de complétement consolidées. Ce fait remarquable établit donc d'une manière incontestable la possibilité de l'existence des fractures congéniales, mais à la condition, il est vrai, que les os aient subi une altération préalable qui les a rendus fragiles.

M. Bouvier. Les pièces qui viennent d'être présentées sont fort intéressantes ; elles diffèrent notablement au point de vue de la lésion, mais avant la dissection elles fournissent les mêmes signes, c'est-à-dire la solution de continuité et les courbures. Pour sa part, il croit fermement à l'existence du rachitisme intra-utérin, nié dans ces derniers temps, et prouvé cependant, selon lui, depuis plus de cent ans. M. Bouvier voudrait savoir par quel mécanisme on pourrait expliquer les différences qui existent entre la pièce de M. Broca et celles présentées par M. Houel.

M. Broca. Ignorants comme nous le sommes sur la cause première des lésions, nous ne pouvons nous rendre compte de la nature intime des deux lésions. On peut cependant remarquer que dans le cas de rachitisme tout à fait incontestable de M. Houel, la déformation a lieu par la courbure générale des os, tandis que dans l'autre pièce les os sont coudés à angle. Il y a donc une différence tranchée. Mais il en existe une non moins évidente entre cette lésion angulaire et le cal des fractures.

M. Bouvier. Malgré l'opinion contraire de M. Broca, cette remarquable déformation du squelette ne constitue peut-être pas une espèce

pathologique particulière; c'est un vice d'ossification qui pourrait à la rigueur être considéré comme une simple variété du rachitisme.

M. Danyau, qui croyait à l'existence des fractures intra-utérines, est assez ébranlé par les faits qui viennent d'être exposés. Il rappelle cependant que dans les deux cas qu'il a rapportés il y avait dans les antécédents un traumatisme incontestable : dans l'un il y avait eu chute dans un escalier, dans l'autre choc d'un meuble sur le ventre de la mère.

M. Guersant a présenté un cas de fracture qui avait eu lieu dans le sein de la mère d'une manière on ne peut plus évidente. Il y avait eu une chute au septième mois de la grossesse; l'enfant, qui remuait beaucoup auparavant, avait, à la suite, paru perdre beaucoup de son activité. Il était venu au monde très vigoureux; mais il portait encore à la naissance une plaie au niveau de la fracture. La lésion était, à la vérité, unique, et différait beaucoup des faits précédents. Il ne faudrait pas nier absolument les fractures intra-utérines; mais lorsque les lésions sont très multipliées, lorsqu'elles sont symétriques, comme dans le cas de M. Broca, l'hypothèse de fractures traumatiques n'est plus acceptable.

CORRESPONDANCE.

MM. Richet et Desormeaux, membres du jury de l'internat, demandent un congé pendant la durée du concours.

— M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) fait hommage à la Société de son mémoire sur le *tremblement des mains et des doigts.*

LECTURES.

M. Follin lit un rapport sur un travail de M. Coste (de Marseille).

M. Coste, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine de cette ville, a adressé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant une observation remarquable au point de vue opératoire.

Je viens aujourd'hui vous rendre compte de ce fait, au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Maisonneuve et moi.

Voici en quelques mots le résumé de cette observation, qui montre dans tout son jour l'habileté avec laquelle M. Coste a su se tirer d'un des cas les plus embarrassants de la chirurgie opératoire.

Une femme, âgée de trente ans, vint à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour se faire opérer d'une tumeur qui remplissait tout le creux axillaire,

mais faisait surtout saillie en avant, où elle repoussait les muscles pectoraux en s'élevant jusqu'à la clavicule. M. Coste crut reconnaître, d'après quelques signes contestables peut-être, l'existence d'une production encéphaloïde, et, sans se dissimuler aucune des difficultés opératoires, il se décida à en débarrasser la malade.

Cette tumeur fut mise à découvert par une grande incision courbe à convexité antérieure, partant de l'apophyse coracoïde pour atteindre le bord postérieur de l'aisselle. Après la section complète du grand pectoral et la ligature des artères thoraciques divisées dans ce temps de l'opération, on vit le petit pectoral s'étaler sur la portion interne de la tumeur. On coupa largement ce muscle en ayant grand soin de respecter la veine céphalique dans l'angle supérieur de l'incision. La tumeur mise à découvert, M. Coste s'aperçut que le paquet des vaisseaux et des nerfs axillaires, au lieu d'être rejeté en arrière, passait au-devant de la masse morbide. Notre habile confrère ne s'arrêta point devant cette grave complication, et, à l'aide des doigts, d'une pince à disséquer et d'une spatule, il parvint à isoler les tissus malades des tissus sains. Dans cette manœuvre hardie, le tronc artériel et les cordons nerveux de l'aisselle furent soigneusement épargnés ; mais la veine axillaire, aplatie et cachée aux yeux de l'observateur, fut incisée et dut être liée à ses deux bouts.

La tumeur, isolée de toutes parts, ne pouvait être facilement dégagée du faisceau artériel et nerveux qui la bridait en avant. C'est alors que M. Coste eut recours à un procédé que notre confrère M. Chassaignac a décrit dès 1833 dans les *Bulletins de la Société anatomique*, et qui depuis l'opération du chirurgien de Marseille a été porté devant l'Académie des sciences par un des membres de cette commission sous le nom de méthode par morcellement.

Ainsi M. Coste, convaincu qu'il ne pourrait faire basculer la tumeur entière au-dessus ni au-dessous de l'artère, imagina pour faciliter son élimination de la couper en deux. Voici comment fut exécuté ce temps de l'opération :

Un aide souleva avec un crochet mousse l'artère et les nerfs, tandis qu'on attirait en bas avec une pince de Museux l'extrémité inférieure de la tumeur. Cette double manœuvre exécutée, M. Coste trancha en rasant l'artère et les nerfs tout ce qui dépassait inférieurement ces parties. Il fut alors facile d'enlever le segment supérieur de la tumeur en le faisant basculer au-dessus du faisceau artériel et nerveux. La fin de cette opération n'offrit plus rien qui mérite de vous être signalé. Aucun accident ne vint troubler la guérison : les trois quarts de la

plaie se réunirent par première intention; le reste donna lieu à une suppuration de bonne nature, et le douzième jour la malade pouvait se lever et marcher seule; au bout d'un mois et demi environ, la cicatrisation était complète, et l'opérée quittait l'Hôtel-Dieu en ne conservant point d'œdème du membre supérieur, mais seulement un peu de roideur de l'épaule.

En vous communiquant les détails de cette opération, M. Coste insiste principalement sur trois points dignes de remarque :

1° La position exceptionnelle des vaisseaux et des nerfs;

2° La section et la ligature de la veine axillaire, qui ne furent suivies d'aucun résultat fâcheux ;

3° Le mode opératoire qui lui a permis d'enlever cette tumeur profonde en la divisant en deux portions.

Votre rapporteur se plaît à reconnaître que la position des vaisseaux et des nerfs axillaires a suscité ici de grandes difficultés, et il pense, avec M. Coste, que la blessure de la veine axillaire est dans ce cas un de ces accidents imprévus dont sont victimes les opérateurs les plus habiles; mais il ne saurait plus s'accorder avec lui sur d'autres points. Et d'abord, est-il bien établi que la veine axillaire ait été lésée? Nous manquons de renseignements suffisants pour l'affirmer ou le nier, et l'absence d'œdème dans le membre supérieur doit, malgré l'explication qu'en donne notre habile confrère, laisser quelques doutes dans l'esprit. On sait d'ailleurs quel volume atteignent autour des tumeurs certains troncs veineux secondaires, et personne n'ignore combien il est difficile de préciser alors l'espèce de vaisseau lésé. Ainsi, nous avouons conserver quelques doutes sur une lésion de la veine principale de l'aisselle. Mais, quoi qu'il en soit, nous approuvons M. Coste pour la conduite qu'il a tenue. La ligature des veines dans les plaies n'a peut-être pas tous les inconvénients qu'on a supposés; nous l'avons pratiquée dans une amputation de cuisse, dans une désarticulation de l'épaule et dans une amputation de jambe sans aucun accident, car les trois malades ont guéri.

Vient enfin le morcellement de la tumeur, que M. Coste a mis en pratique. Ce procédé était déjà dans la chirurgie lorsque notre confrère de Marseille en a fait usage. Il ne l'ignorait pas, sans doute, car il n'en parle point comme d'une idée qui lui est propre; mais il est juste de rappeler que M. Coste ne peut avoir ici aucune prétention à la priorité.

Quoi qu'il en soit de ces remarques, le fait que je viens de rappeler sommairement devant vous est un fait opératoire brillant qui mérite de ne point être oublié et qui recommande notre confrère aux suffrages

de la Société. Si nous ajoutons à cela que M. Coste a déjà publié plusieurs travaux intéressants, parmi lesquels nous citerons des procédés opératoires pour la cure radicale de la hernie inguinale, pour le bec-de-lièvre, et un *Manuel d'anatomie* qui résume les faits d'une manière exacte et concise; si nous vous rappelons encore que M. Coste est chirurgien justement estimé d'un des grands hôpitaux de province, et professeur à l'Ecole secondaire de Marseille, vous voudrez bien, messieurs, prendre en considération ce que vient vous proposer votre commission.

— La discussion s'engage sur ce rapport.

M. Chassaignac. M. Follin ayant parlé de plusieurs ligatures de veines qu'il avait pratiquées, il voudrait avoir sur ce point plus de renseignements. Cette opération, en effet, est réputée fort grave, et l'on ne possède que fort peu de faits pour l'apprécier.

M. Michon. La ligature des veines n'est presque jamais une opération isolée, mais elle est fort commune dans la pratique générale des opérations, c'est, appliqué au système veineux, un moyen hémostatique ultime que tout le monde a employé, et sans hésitation. A la vérité, on n'a pas compté les résultats ni fait dans la somme des accidents ultérieurs la part qui lui revient.

M. Larrey. La ligature des veines dans les opérations est rare aujourd'hui. Cependant elle est usuelle dans la chirurgie vétérinaire. Larrey père ne pratiquait presque jamais une amputation de la cuisse sans y avoir recours, et Lacauchie a traité cette question dans un travail peu répandu.

M. Chassaignac. En appréciant le pronostic de la ligature des veines, il faut tenir grand compte du poiut où elle est faite. Dupuytren considérait la ligature de l'artère fémorale comme moins grave que celle de la veine correspondante à sa partie supérieure. Suivant lui, l'absence d'anastomôses entre ce vaisseau et les veines supérieures au-dessus de l'embouchure de la saphène interne exposait à la gangrène du membre et aux accidents les plus formidables. Il citait pour preuve un jeune horloger chez lequel la gangrène du membre inférieur fut imminente, et qui courut les plus grands dangers. M. Chassaignac partage ces craintes.

M. Verneuil proteste de toutes ses forces contre cette singulière erreur anatomique qui enseigne l'absence d'anastomoses entre la partie supérieure de la fémorale et les veines pelviennes; c'est là certainement une assertion qu'on ne s'est point donné la peine de vérifier à

l'amphithéâtre. Si, en effet, on lie le vaisseau veineux au niveau de l'arcade crurale et qu'on pousse une injection de bas en haut par les veines crurale, poplitée ou jambières, on voit le liquide revenir dans les iliaques par de grosses branches qui se jettent dans les veines obturatrices, ischiatiques, etc. M. Verneuil déjà dans sa thèse de concours avait relevé cette erreur ; M. Richet depuis est arrivé au même résultat. La réfutation est d'autant plus urgente que la croyance en question paraît avoir enfanté un déplorable précepte qui se trouvo invariablement reproduit sans commentaires ni critiques dans les traités de chirurgie et de médecine opératoire ; ce précepte consiste, dans les cas de blessure de la veine fémorale à sa partie supérieure, à lier l'artère fémorale au même niveau pour empêcher, dit-on, que le sang amené par l'artère n'engorge le membre privé de la circulation veineuse par cette prétendue absence de voies collatérales qui résulte de l'occlusion de la veine principale et n'amène la gangrène.

C'est à M. Gensoul (de Lyon) que reviendrait cette idée ; mais on ne possède que fort peu de détails sur le fait. Toujours est-il que cette pratique a été suivie dans ces derniers temps encore par un chirurgien anglais. Trois fois on a lié l'artère fémorale pour une plaie de la veine; trois fois les malades ont succombé. Ce qui parut justifier l'*à priori* qui avait fait imaginer cette méthode, c'est que le membre ne se gangréna pas; ceci n'est pas surprenant, car si l'on s'en rapporte aux recherches de M. Cruveilhier sur les oblitérations veineuses, jamais on n'a observé la gangrène à la suite de l'occlusion pure et simple d'une veine, si volumineuse qu'elle soit, et sans en excepter les veines caves.

M. Chassaignac n'a nullement voulu soutenir ni l'erreur anatomique, ni la pratique que M. Verneuil vient de combattre ; il a seulement voulu insister sur l'extrême gravité de la plaie de la veine fémorale à la partie supérieure.

M. Deguise. L'absence d'œdème du bras a fait penser à M. Follin que la veine n'avait peut-être pas été liée dans l'opération de M. Coste. Or ce signe n'est pas constant, et il peut très bien faire défaut. M. Deguise cite un cas de ligature d'artère fémorale dans lequel la veine fut blessée; il fallut la lier, il n'y eut nulle trace d'œdème.

M. Follin a déjà fait la ligature des veines plusieurs fois après les amputations; il attend d'avoir un plus grand nombre de faits pour publier les résultats qu'il a obtenus. Il termine le rapport par les conclusions suivantes :

1° Déposer aux archives le travail de M. Coste ;

2° Nommer ce chirurgien membre correspondant de la Société de chirurgie.

La première conclusion est adoptée. Le scrutin est ouvert ; M. Coste, ayant obtenu la majorité des voix, est nommé membre correspondant.

— M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le docteur Gillebert d'Hercourt (de Lyon), qui donne de nouveaux détails sur la jeune fille qu'il a guérie d'une luxation congéniale de la hanche, et dont il a adressé autrefois l'observation à la Société.

« J'ai revu les 27 août et 28 septembre derniers, c'est-à-dire huit et neuf mois après sa sortie de l'établissement, la petite fille qui a fait le sujet de cette observation. A son premier passage à Lyon, le 28 août, j'ai pu la faire examiner par quelques-uns de nos confrères qui avaient assisté aux examens antérieurs de cet enfant; par exemple, par les docteurs Barrier, Bouchacourt, Diday, Richard (de Nancy) et Rougier. A son second passage, le temps m'a manqué pour former une nouvelle réunion médicale.

» Dans l'examen du 28 août, les honorables et habiles confrères ci-dessus nommés ont *constaté de nouveau la réalité de la réduction*, *et ils ont déclaré formellement qu'ils persistaient*, *à cet égard*, *plus que jamais dans leur conviction première.*

» Quelques objections de M. Bouvier ayant appelé leur attention sur certains faits énoncés dans mon mémoire, nos honorables confrères ont entrepris de nouvelles recherches, dont, avec leur consentement, j'ai l'honneur de vous transmettre ici les résultats :

» 1° Il est certainement possible de reconnaître, à l'aide du signe indiqué par Pravaz, la présence de la tête du fémur dans sa cavité. Chez un sujet récemment réduit, l'illusion est impossible; et, dans le cas en question, le fait a été si évident pour tous, que M. Diday, en particulier, disait que : « si son esprit eût conservé quelques doutes à » cet égard, l'examen actuel les aurait dissipés complétement. »

» 2° La flexion de la cuisse sur le bassin, comme tous les autres mouvements appartenant à l'articulation coxo-fémorale, est égale pour les deux membres. La direction de la pointe du pied et la rotation du membre en dehors sont, sinon effacés complétement, au moins très peu sensibles aujourd'hui.

» 3° La saillie du grand trochanter est également effacée; le galbe de la hanche, du côté jadis luxé, est sensiblement semblable à celui de l'autre côté, ce qui a fait dire à nos habiles confrères : *que les apparences sont telles qu'elles attestent tout d'abord la réalité de la réduction.*

» 4° La démarche a perdu le caractère qu'elle avait au 16 décembre 1854 ; elle offre plus particulièrement aujourd'hui celui d'une légère claudication, identique à celle qu'on remarque chez les sujets affectés d'un léger raccourcissement de l'un des fémurs, mais dont les articulations coxo-fémorales sont également bien constituées. Cette légère claudication s'explique, en effet, ici, par une différence de longueur égale environ à 7 millimètres en moins pour le côté jadis luxé.

» Il résulte de là, d'une part, que la réduction de la luxation coxo-fémorale congéniale ne saurait être mise en doute; et d'autre part, que, conformément à ce que j'avais annoncé dans mon mémoire, le temps et l'exercice ont modifié avantageusement les dispositions signalées au 16 décembre 1854.

» J'avais dit que l'égalité de longueur des deux membres, observée en décembre 1854, n'était qu'apparente, et qu'un léger raccourcissement se ferait remarquer du côté droit, quand le nouveau cotyle aurait acquis plus de profondeur, et quand les effets généraux de l'extension se seraient effacés. J'ajoute aujourd'hui que ce retour de la claudication n'est point fâcheux ; d'abord, parce quo celle-ci est plus légère, et ensuite parce que, n'étant plus accompagnée d'inclinaison du tronc sur l'extrémité supérieure du fémur, elle peut être aisément masquée par un peu plus d'épaisseur donnée à la semelle du soulier droit.

» Je crois, en outre, pouvoir prédire que, comme chez d'autres enfants traités par Pravaz, et en particulier chez la jeune fille du Puy-en-Velay, observée par los docteurs Reynaud, Calemard de la Fayette, Perral et Balme du Garray, on verra, chez celle-ci, disparaître les effets de l'ancienne luxation, et que la démarche deviendra plus régulière au fur et à mesure que les muscles pelvi-fémoraux prendront plus de développement et que l'enfant grandira.

» Enfin, outre les témoignages que j'ai recueillis à Lyon, je pourrais encore invoquer ceux de MM. les docteurs Vulfranc Gerdy, qui vient de diriger à Uriage le traitement thermal de cette petite fille, et Lenoir, votre honorable collègue, qui l'a vue à Vichy, et qui, suivant le dire du père, a été satisfait du résultat obtenu chez elle. »

M. Bouvier. On ne peut rien conclure de positif sans voir directement la jeune fille. L'observation, en effet, présente des points douteux; ainsi, on dit qu'il existe encore de la claudication, on note du raccourcissement, et cependant la luxation n'existerait plus. Mais M. Bouvier a rencontré des cas où la claudication et le raccourcissement n'étaient pas plus prononcés que dans le fait actuel, et où il exis-

tait une luxation qui n'avait jamais été reconnue. Cette lettre ne change donc rien à ses convictions.

M. Lenoir, dont M. Gillebert invoque le témoignage, a en effet vu cette enfant, qui a aujourd'hui sept à huit ans. Il y a deux ans, il fut consulté pour elle à Vichy; elle avait les signes les plus évidents de la luxation congéniale. Sans avoir une très grande habitude de ce genre d'exploration, M. Lenoir a fait l'examen avec le plus grand soin, et il déclare que le diagnostic ne pouvait rester un seul instant douteux. Convaincu de l'efficacité du traitement de Pravaz par deux faits très concluants dont il avait été témoin, il engagea la mère à envoyer sa fille à Lyon; il a revu cette année même la jeune malade, et il a la certitude que la tête fémorale est rentrée dans la cavité; il ne sait vraiment pas où elle pourrait être logée si elle n'était pas dans le cotyle. Il a fait exécuter au membre tous les mouvements, sans porter néanmoins la flexion à ses dernières limites.

Le membre est un peu plus maigre que l'autre; et par le fait il y a un peu de claudication; mais M. Lenoir espère que cette claudication disparaîtra à la longue, ce qui n'empêche pas, suivant lui, la guérison de la luxation d'être complète.

M. Bouvier est très heureux de recevoir tous ces détails; il sera encore plus heureux quand il les aura constatés, car ils constituent un fait immense, entièrement nouveau, et qui est destiné à changer complétement la face d'une branche importante de l'orthopédie. Il fera tout ce qu'il pourra pour voir lui-même l'enfant, afin de se convaincre d'une manière absolue.

— M. Azam, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Bordeaux, montre une pièce très remarquable de caverne tuberculeuse de la tête du péroné, pour laquelle il a pratiqué à l'hôpital Saint-André l'extirpation de la partie supérieure de cet os. M. Azam donne quelques explications sommaires sur l'histoire de la maladie, et indique les détails les plus remarquables de la pièce. Il adressera bientôt un mémoire sur ce sujet, dans lequel l'observation sera détaillée et rapprochée des faits analogues que renferme la science.

— M. Demarquay communique, au nom de M. Denonvilliers et au sien, l'observation d'une hémorrhagie péritonéale devenue promptement mortelle et occasionnée par une rupture de l'ovaire droit. Cette observation a été recueillie par M. Luton, interne des hôpitaux.

Desmois (Coralie), âgée de vingt-sept ans, blanchisseuse, couchée salle Saint-Thomas, n° 72, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 10 sep-

tembre 1855, pour un ulcère fongueux du col de l'utérus. C'est une femme bien constituée; elle a été habituellement bien réglée; elle a eu une couche antérieure.

Lors de son entrée, cette femme était tourmentée depuis deux mois de pertes sanguines presque continuelles; ses forces diminuaient rapidement; elle éprouvait des douleurs dans les reins. On reconnut une ulcération fongueuse située à l'orifice du col de l'utérus.

M. Demarquay pratiqua dans les quinze premiers jours deux cautérisations, une au fer rouge et une au crayon de nitrate d'argent. Les pertes utérines cessèrent sous l'influence de ce traitement, et l'ulcère entra en voie de guérison.

L'affection était donc en apparence très légère, lorsque, le 2 octobre, la malade se plaint d'un malaise assez subitement survenu, avec perte d'appétit, douleurs dans le ventre, dans les reins, oppression. Le soir, fièvre assez forte, point de nausées ni de vomissements; constipation depuis quelques jours, ventre sensible à la pression et assez volumineux. — Cataplasme, lavement purgatif.

Pendant toute la nuit, la malade reste très souffrante, mais sans aggravation manifeste des symptômes.

Le 3, fièvre, ventre sensible, surtout du côté droit, douleurs assez vives par la pression, tension de ce côté au niveau de la fosse iliaque. 12 sangsues et un bain. La maladie marchant très rapidement, il devient bientôt impossible de transporter cette femme au bain.

Dans la nuit du même jour le hoquet se déclare. Vers le matin, les vomissements commencent, les matières vomies ont l'aspect d'une eau savonneuse salie. Ventre gros et douloureux, oppression excessive ; la malade est pâle, sans mouvements, sans voix; enfin, elle succombe, après avoir été agitée de quelques frissons, le jeudi 4, à huit heures du matin. Les accidents avaient duré à peine quarante-huit heures.

Autopsie. — Extrême pâleur, ventre légèrement ballonné. L'incision des parois de l'abdomen montre un épanchement de sang dans le péritoine; intestins distendus par des gaz; le péritoine qui les revêt présente des arborisations et a éprouvé manifestement un commencement d'inflammation.

Le sang, par le fait de la pesanteur, s'est accumulé dans le bassin : il y en a plus d'un litre; il est fluide et noir, et tient quelques caillots en suspension.

Le péritoine, qui tapisse tous les organes pelviens, est recouvert d'une fausse membrane molle et récente, teinte en rouge-brun par l'imbibition du sang épanché. L'utérus a son volume et ses rapports nor-

maux. Les annexes, à droite et à gauche, sont unis et comme confondus entre eux par une exsudation plastique, dont l'organisation avancée indique l'ancienneté ; ils adhèrent également avec les parties latérales du rectum. On rompt assez facilement toutes ces adhérences.

Les deux trompes présentent des signes manifestes d'une inflammation, qui doit être assez ancienne. On trouve sur leur trajet plusieurs petits abcès gros comme des pois.

L'ovaire gauche est tuméfié, ramolli et friable ; il s'écrase lorsqu'on veut l'inciser. Il est grisâtre et comme infiltré de pus.

L'ovaire droit est encore plus volumineux et plus malade. Il présente du côté du cul-de-sac utéro-rectal une déchirure à travers laquelle on voit faire hernie un gros caillot sanguin noir et mou. Ce caillot est comme coiffé par le pavillon de la trompe, qui est allée prendre des adhérences sur le rectum, de sorte qu'au premier abord on pourrait croire que l'hémorrhagie a son point de départ dans la trompe de Fallope. Mais, en détachant toutes les adhérences et en limitant bien l'ovaire, on voit, par des incisions qui le divisent en plusieurs tranches, que le foyer hémorrhagique est dans l'une de ses cavités ; on suit la marche du sang depuis la rupture péritonéale jusqu'au petit kyste sanguin. A côté de lui, on trouve une petite cavité vide, qui rappelle une vésicule de Graaf.

Du reste, le tissu de l'organe paraît transformé en putrilage par l'inflammation.

Les cautérisations faites sur le col de l'utérus ont laissé une surface parfaitement cicatrisée, la dernière ayant été pratiquée il y a quinze jours au moins.

La muqueuse utérine est très humide et couverte d'un muco-pus peu abondant.

Voilà donc l'étiologie et le mécanisme d'une hémorrhagie intra-péritonéale assez bien établis. Il paraît assez probable qu'elle est consécutive à l'inflammation récente, du reste, des annexes do l'utérus. En effet, les lésions signalées plus haut sont trop avancées pour être rapportées à une maladie qui aurait duré à peine quarante-huit heures. De plus, on ne trouve pas dans les ovaires les traces qu'y laissent des épanchements hémorrhagiques d'un certain âge, telles que des couches fibrineuses, des caillots décolorés, etc. Cependant on no pourrait nier d'une manière absolue que des apoplexies opérées sous l'influence du raptus menstruel ou de la conception n'aient été le point de départ du travail phlegmasique dont nous avons constaté les désordres. L'ancienneté des pertes utérines, qui duraient depuis deux mois, le défaut de

renseignements bien précis laissent du doute pour déterminer si l'altération inflammatoire des ovaires a été primitive ou consécutive.

Ce qu'on peut conclure de bien certain de cette observation, c'est que l'ovaire droit a été le point de départ de l'hémorrhagie, c'est que celle-ci a été intra-péritonéale et diffuse, c'est qu'il y a eu commencement de péritonite et mort rapide.

M. Follin a trouvé il y a quelque temps une pièce tout à fait semblable provenant d'une malade qu'il a vue avec M. Paul Dubois. Des hémorrhagies à répétition se manifestèrent, et il se forma une tumeur hématique rétro-utérine qui diminua très notablement dans l'espace de huit à dix mois. Au bout de ce temps, une nouvelle tumeur se forma; on la sentait sur les côtés du vagin et à la partie inférieure et médiane de l'abdomen. Cette récidive des tumeurs sanguines du bassin est une circonstance commune et remarquable de leur histoire.

M. Huguier a déjà signalé, dans les diverses discussions qui se sont élevées sur ce sujet, la variété de siége de ces tumeurs. Les épanchements sanguins peuvent évidemment se faire sous le péritoine, dans le tissu cellulaire du ligament large, dans l'ovaire, dans les trompes. Voici plusieurs faits qui démontrent qu'ils peuvent s'opérer également dans le cul-de-sac inférieur de la cavité séreuse elle-même. Quant à la marche périodique, elle est assez commune. M. Huguier a observé déjà deux ou trois malades chez lesquelles de nouvelles tumeurs se formaient tous les six ou sept mois. La résolution de l'épanchement se faisait en trois mois environ. Les femmes sortaient guéries, puis rentraient au bout d'un certain temps avec des récidives.

M. Giraldès a observé, il y a quelques années, une femme qui avait été successivement dans les salles de MM. Pidoux et Vernois. Elle était anémique par suite de pertes incessantes. Il crut d'abord à un polype utérin, puis à une tumeur fibreuse, le toucher lui ayant révélé derrière l'utérus une tumeur adhérente et solide. Examinée plus tard, cette tumeur était devenue fluctuante; l'hémorrhagie avait disparu. Une ponction donna issue à de la sérosité et à des caillots indiquant clairement l'existence d'une collection sanguine déjà ancienne. Une seconde ponction, pratiquée plus tard, confirma encore le diagnostic. Un autre fait, entièrement analogue, se présenta à M. Giraldès; seulement le dépôt sanguin s'enflamma. Une incision fut faite, et l'intérieur de la poche fut raclé avec une cuiller, qui ramena des concrétions fibrineuses appartenant à un épanchement ancien.

M. Follin présente un polype de l'utérus qu'il a excisé sur une

femme âgée d'une cinquantaine d'années environ. Ce polype, qui donnait lieu à des hémorrhagies continues, quoique peu abondantes, s'insérait dans la cavité du col par un pédicule de la grosseur du petit doigt. Le corps du polype, gros comme un œuf, remplissait le vagin. C'était une masse molle, couverte d'une membrane tomenteuse, et qui contenait une grande quantité d'une matière noire, épaisse, gluante, composée presque entièrement de globules sanguins plus ou moins altérés, et des cellules épithéliales. Ce polype semble appartenir à la variété des polypes utéro-folliculaires.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : Dr A. Verneuil.

Séance du 24 octobre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre, après guérison, l'enfant qui présentait à la région ombilicale une tumeur érectile veineuse, et qui a déjà été soumis à l'examen de la Société. L'écrasement linéaire a été appliqué avec le plus grand succès. L'enfant a été chloroformé. La section a été faite lentement ; elle a duré douze minutes et n'a amené aucun accident. La plaie, qui avait environ 3 centimètres, n'a pas fourni une goutte de sang et s'est rapidement cicatrisée sous le pansement par occlusion.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. Huguier revient sur le polype folliculaire présenté par M. Follin, et qui renfermait une collection sanguine. Les épanchements de cette nature ne sont pas très rares dans les polypes ; il en existe deux variétés : les uns, comme dans le cas actuel, se font dans une cavité kystique, les autres, interstitiels, s'opèrent au sein même des tumeurs ou polypes fibreux, surtout dans la portion de ceux-ci qui a traversé l'orifice du col utérin, et qui est étranglée par la rétraction de ce col. Il a rencontré autrefois cette particularité sur un polype fibreux enlevé par une opération, et plus récemment dans une autopsie. Le fond de la matrice donnait attache à une

tumeur allongée, cylindrique, dont le sommet dépassait notablement le museau de tanche. Cette tumeur était fibreuse à sa base et dans sa portion intra-utérine ; à son extrémité libre, le tissu était infiltré de sang noir.

Suite de la discussion sur la ligature des veines. — M. Guersant lie presque toujours la veine fémorale après l'amputation de la cuisse chez les enfants. Peut-être est-ce là une des causes de sa pratique très heureuse dans les amputations; mais il est possible aussi que l'âge des sujets soit la vraie raison du succès. Au reste, la ligature des veines chez les enfants est fort innocente, comme l'atteste encore la ligature sous-cutanée des veines spermatiques, que M. Ricord a pratiquée sans accident chez le jeune homme affecté de varicocèle, dont il a été question dans la dernière séance.

M. Demarquay a vu lier la veine fémorale dans deux amputations et deux désarticulations de la cuisse. Tous ces malades sont morts, et l'on a observé des phlébites. Blandin redoutait extrêmement cette ligature et la croyait très funeste.

M. Adolphe Richard. Un homme de vingt-cinq ans, maçon, fut amputé par M. Richet à la partie supérieure de la cuisse. Une hémorrhagie veineuse survint, elle mit en danger la vie; la veine fémorale fut liée après diverses tentatives hémostatiques vaines. La guérison se fit sans être traversée par de nouveaux accidents.

M. Larrey. Blandin exagérait très certainement la phlébite; il la voyait partout et s'en faisait un fantôme. Tous les malades qui succombent aux grandes opérations ne meurent pas de phlébite, et les recherches mêmes de M. Follin démontrent que cette ligature est moins grave qu'on ne le dit.

M. Follin partage cet avis. Il a essayé de lier les veines après les amputations dans le but d'empêcher la cavité de ces vaisseaux de baigner dans le foyer purulent. Peut-être, par ce moyen même, peut-on empêcher la résorption du pus. Il n'a pas encore assez de faits pour pouvoir résoudre cette question.

M. Vidal constate que chez le jeune homme atteint de varicocèle, on a tenté la cure radicale en l'absence même de gêne, de douleurs, et dans le simple but de conserver la virilité; c'est donc là une véritable opération de complaisance, que néanmoins il approuve fort. Ce sujet sera très intéressant à suivre pour savoir si la récidive aura lieu, si le développement de la virilité et de ses organes s'opérera.

CORRESPONDANCE.

M. Debout offre de la part de M. Bonnet (de Lyon) les ouvrages suivants :

Traité des maladies des articulations ;

Traité de thérapeutique des maladies articulaires ;

Mémoire sur la nature et le traitement de l'infection purulente.

— MM. Warmont et Verneuil font hommage d'un travail sur les *kystes développés dans les tumeurs érectiles veineuses enflammées*, M. Verneuil d'un mémoire sur l'*inclusion scrotale et testiculaire.*

Des remercîments seront adressés aux auteurs de ces envois.

— M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Diday relative à la question du double virus syphilitique.

Lyon, le 15 octobre 1855.

Monsieur le président,

Veuillez me permettre de donner sur l'importante question du double virus syphilitique discutée récemment au sein de la Société une explication personnelle d'abord, puis un document clinique.

Dans la séance du 19 septembre, M. Vidal, voulant prouver qu'un homme peut avoir deux fois la vérole, a cité de moi ces paroles : « Il m'est pratiquement démontré que certains sujets n'ayant eu qu'une syphilis constitutionnelle peu intense, peuvent prendre dans un coït ultérieur un véritable chancre induré. »

Deux honorables collègues se sont accordés pour infirmer la valeur de mon observation et pour l'attribuer à une erreur de diagnostic de ma part. Selon eux, dans les cas que j'ai vus, il n'y aurait pas eu deux ou trois chancres indurés épuisant successivement la réceptivité syphilitique de l'individu ; le premier seul aurait eu ce caractère, et dans les suivants il ne se serait agi que de fausses indurations, dont l'apparence trompeuse provenait de ce que les derniers ulcères, développés *au même lieu* qu'avait occupé le premier, avaient exhumé l'induration plastique précédemment laissée par celui-ci.

La version de mes honorables critiques est fort vraisemblable sans doute ; mais pour qu'elle fût vraie, il faudrait une condition : c'est que les chancres successifs de mes sujets *eussent effectivement siégé au même lieu.* Or il n'en est rien, et je cherche vainement où ils ont pu trouver dans mon texte un motif de penser le contraire.

L'article même d'où l'on a détaché la phrase ci-dessus suffit à prouver que depuis longtemps cette cause d'erreur ne m'est point inconnue,

car j'y détaille tout au long l'histoire d'un malade chez qui un chancre récent prit l'aspect induré parce qu'il existait exactement à la même place qu'avait occupée un ancien chancre induré ; et je rappelais à ce propos cette conclusion émise par moi, il y a dix-huit mois déjà, dans le même journal : « Qu'un chancre, sans être induré par son origine, mais reposant sur une base autrefois indurée, peut simuler une induration de source nouvelle, même aux yeux de l'observateur le plus exercé. »

On trouvera donc, dans l'article même dont il s'agit, la preuve que cette cause de méprise ne m'a point échappé ; car ce n'est qu'après avoir discuté ce qui s'y rapporte, que, passant à l'appréciation d'un autre genre d'erreur dans ce diagnostic, j'ai signalé à son tour, non plus la fausse induration pour cause d'*identité de siége*, mais l'induration complémentaire pour cause de *saturation syphilitique incomplète.*

Cette dernière question est la seule que j'aie voulu agiter dans la phrase rappelée par M. Vidal, question capitale en pathogénie syphilitique, et qui, résolue dans le sens que je lui donne, aurait peut-être l'avantage indirect de ménager entre les partisans et les adversaires de l'*unicité* une de ces conciliations vainement cherchées sur un autre théâtre, où l'honneur reste sauf de part et d'autre. En considérant l'induration à sa juste valeur, comme le prélude de la vérole, non comme la vérole elle-même, on ne s'étonnerait plus de voir successivement chez le même individu deux chancres indurés. L'on accepterait dans les deux camps, soit les faits de vérole constitutionnelle survenant quelques années après un chancre induré qu'aucun symptôme constitutionnel n'avait alors suivi;—soit ceux où, *vice versâ*, un vrai chancre induré paraît quelque temps après une syphilis constitutionnelle réelle, mais très ancienne, ou de moyenne intensité. L'induration, ainsi que je l'ai dit, n'étant qu'un prélude, il serait tout rationnel de ne point voir en elle, quand elle a existé seule, un tribut assez largement payé par l'individu à la diathèse pour le dispenser ultérieurement d'un second; et, selon les sages paroles de M. Ricord, l'on n'admettrait plus comme contraires au dogme de l'*unicité* que des faits où, après une première infection constitutionnelle, l'on verrait une autre infection apparaissant avec toutes les phases successives de la vérole, fournissant pour la seconde fois toutes ses étapes.

Ce n'est pas ici le lieu d'énoncer, même sommairement, les considérations de pathogénie humaine et comparée qui légitiment cette manière de voir; je demande seulement la permission de communiquer à la Société l'un des faits qui m'ont conduit à l'admettre.

M. F..., âgé de quarante ans, contracta en octobre 1845 un chancre situé vers le filet ; ce chancre, après un mois, se cicatrisa, laissant à sa place une dureté. De la liqueur de Van-Swieten fut administrée pendant la durée de cet accident primitif.

Deux mois après, apparut une éruption roséolique sur tout le corps, et un mal à la gorge, ainsi qu'au fondement, accompagné d'alopécie et de croûtes du cuir chevelu. M. Baumès traita ces accidents par des pilules mercurielles. Mais les restes de cette affection constitutionnelle ne disparurent que dans le cours de l'année suivante (1846) par l'usage des eaux de Cauterets.

Le 18 janvier 1855, M. F... contracta un nouveau chancre vers la partie supérieure et gauche du fourreau de la verge. La femme n'a pu être examinée. Au bout de quatre jours, je le cautérisai avec l'acide nitrique monohydraté. Mais il persista néanmoins avec les caractères chancreux, et l'induration notable qui se dessina à sa base vers la fin du premier septénaire me fit comprendre pourquoi la cautérisation, qui m'avait semblé opportune et bien indiquée, était restée impuissante.

L'induration acquit peu à peu des caractères assez accentués, malgré la simplicité des moyens topiques mis en usage (vin aromatique, solution légère de nitrate d'argent, jus de citron étendu d'eau, solution très peu concentrée de sublimé). Le chancre d'ailleurs persistant et s'étendant, au bout de deux mois j'appelai en consultation mon collègue M. Rodet, qui constata avec moi la nature de cette induration. Un traitement spécifique fut jugé nécessaire pour agir sur cette induration qui mettait obstacle à la guérison. Il n'y avait pas d'engorgement des ganglions inguinaux.

Après avoir pris pendant dix jours deux pilules par jour avec 3 centigrammes de proto-iodure de mercure dans chacune, l'induration diminua ; des bourgeons charnus de bonne nature remplacèrent l'aspect défavorable qu'offrait jusque-là la surface virulente, et le chancre, pansé avec une légère solution de chlorure de zinc, dont l'influence parut contribuer efficacement au succès, fut guéri en quinze ou dix-huit jours.

Dès que j'eus vu la dureté diminuer et le chancre prendre une meilleure apparence, je suspendis l'administration des pilules, dont le malade ne prit pas en tout plus de 20. Aujourd'hui la cicatrice est parfaitement souple.

Durant les derniers jours, un engorgement douloureux se forma

dans l'aine gauche. Il s'abcéda ; j'incisai la collection purulente. Mais l'ouverture ne devint point chancreuse et se ferma promptement.

J'ai depuis lors suivi mon malade à plusieurs reprises et avec le plus vif intérêt. Malgré plusieurs voyages à longue distance et à des latitudes fort différentes, malgré une saison à des eaux thermales sulfureuses (prises dans le seul but de hâter quelque manifestation diathésique si elle devait apparaître), aucun symptôme constitutionnel ne s'est montré.

Il y a aujourd'hui neuf mois que le chancre a été contracté, laps de temps bien suffisant pour m'autoriser à dire que la première vérole, n'ayant pas exempté ce malade d'un chancre induré, l'a du moins exempté des accidents constitutionnels.

Agréez, etc. H. Diday,
Membre correspondant de la Société.

M. Cullerier ne reconnaît point un chancre induré dans l'observation de M. Diday ; il n'en a jamais vu pour sa part de cette espèce et dépourvu d'engorgement ganglionnaire inguinal. Il ne voit dans ce fait qu'une ulcération simple soumise à des traitements irritants qui en ont engorgé les bords. La prétendue induration n'a fait qu'augmenter avec les excitations locales. On a fait un traitement général, et bientôt tout a disparu, ce qui est facile à comprendre, dès que les topiques externes ont été suspendus.

En résumé, l'induration a existé, mais elle était le fait du traitement et n'avait rien de spécifique.

M. Vidal. La lettre de M. Diday renferme un fait de la plus haute importance ; c'est celui de ce médecin de Lyon qui chaque année, au carnaval, contracte un chancre induré. L'induration est, au dire de tous les syphiliographes, un signe irrécusable de vérole constitutionnelle. Or, si un individu a eu plusieurs chancres indurés à des époques différentes et dans des lieux différents, on peut affirmer qu'il a eu plusieurs fois la vérole constitutionnelle.

— M. Ad. Richard présente, de la part de M. Maunoury (de Chartres), une pâte caustique composée de parties égales de chlorure de zinc et de gutta-percha. Cette pâte peut être employée sous toutes les formes, en raison de sa grande malléabilité. M. Maunoury se propose d'en faire ressortir lui-même tous les avantages.

— M. Larrey lit un rapport sur un travail important de M. le docteur Legouest, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et qui traite de la

désarticulation coxo-fémorale. L'auteur, appréciant surtout les indications de cette opération dans les plaies par armes à feu de la partie supérieure de la cuisse avec fracture du fémur vers son col, conclut, de faits assez nombreux, qu'il est préférable de s'abstenir, et que l'expectation a sauvé beaucoup plus de malades que l'amputation soit primitive, soit consécutive. Il fait surtout ressortir les dangers extrêmes de l'amputation immédiate.

M. Huguier a vu dans le service de M. Gerdy, une balle, traversant la cuisse, briser le fémur au niveau du petit trochanter; une hémorrhagie nécessita la ligature de la fémorale au pli de l'aine. Néanmoins la guérison fut complète au bout d'un an.

M. Forget demande si dans les cas de guérison précités il n'y a pas eu de fistules, ni d'esquilles, ni de longues suppurations. Il a observé un capitaine qui avait reçu des soins de Dupuytren pour une balle qui avait brisé le fémur au niveau des trochanters, à la bataille de Waterloo. Le membre avait été conservé, et la guérison avait été obtenue avec un cal énorme. Mais la cure avait été très longue; un très grand nombre d'esquilles étaient sorties, avec accompagnement de suppuration indéfinie à travers des fistules intarissables. Il ne se passait pas plus de cinq à six mois sans que de nouvelles recrudescences se montrassent; il se formait des abcès, et des fragments osseux se faisaient jour au dehors. En 1852, ces accidents existaient encore.

M. Larrey reconnaît que la guérison, en effet, ne s'opère pas sans abcès, fistules, esquilles primitives, secondaires, tertiaires si l'on veut; la durée de la maladie est toujours fort longue; mais tout cela s'efface devant la terrible mortalité qui suit la désarticulation de la cuisse.

M. Giraldès a vu il y a deux mois, dans un journal anglais, que M. Erichsen avait pratiqué avec succès une désarticulation de la hanche nécessitée par un accident.

Un deuxième fait est celui d'un garde mobile, qui, en 1848, reçut une balle dans la hanche. Le grand trochanter fut broyé. On tenta la conservation. Des accidents très graves survinrent : l'articulation suppura; un abcès, suivant la gaîne du psoas, remontait dans le ventre. Blandin, consulté, fut d'avis de laisser le malade à son sort, dans la crainte de le voir succomber pendant l'opération. Aujourd'hui, ce blessé est parfaitement guéri. Il y a ankylose de la hanche; mais la marche s'effectue bien nonobstant.

M. Denonvilliers partage entièrement l'avis de M. Legouest sur

cette question. Il a vu, en effet, succomber tous ceux qui ont été soumis primitivement à l'opération en question. Au contraire, il a observé un officier qui eut le fémur fracturé par un coup de feu au niveau des trochanters, et qui a néanmoins parfaitement guéri. A diverses reprises il se forma des abcès, des fistules qui donnèrent passage à des esquilles, et même à des morceaux de vêtements. Mais aujourd'hui cet officier, qui a été longtemps soigné par Roux, marche très bien, et peut même chasser; il boite seulement un peu, en raison du raccourcissement du membre.

M. Clot-Bey a pratiqué, en 1830, la désarticulation coxo-fémorale, pour une fracture du col du fémur par arme à feu, et trois mois après l'accident. Il mit en usage un procédé qu'il croyait nouveau, mais qui appartient à Delpech. Toujours est-il que le malade succomba au vingt-septième jour, épuisé par une diarrhée chronique. L'examen du membre montra qu'il aurait suffi d'extraire une seule esquille, qui était restée mobile, pour pallier sans doute les accidents, de telle sorte qu'on aurait pu se dispenser de faire la grande opération.

— M. Demarquay montre le moule en plâtre et les dessins microscopiques d'un enchondrome du pied qu'il a récemment extirpé.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

Séance du 31 octobre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

Suite de la discussion sur la désarticulation coxo-fémorale.

M. Giraldès. Pour juger exactement les résultats de la désarticulation coxo-fémorale, il faut distinguer avec soin les cas dans lesquels elle a été pratiquée. Quelques malades, en effet, ont été opérés dans des circonstances tellement graves, qu'ils seraient morts bientôt après quand bien même ils eussent été abandonnés. La mortalité ne revient pas ici à l'amputation. De même, lorsqu'un membre a été broyé par un éclat d'obus, par un boulet, et que les parties molles sont largement contuses ou presque complétement détachées, la désarticulation n'aggrave certainement pas le pronostic.

M. Smith, qui a rassemblé 98 cas d'amputation coxo-fémorale, les a répartis en catégories; il a trouvé 30 cas de traumatisme qui ont donné 18 morts et 12 succès; puis 32 faits de lésions organiques diverses comptant 16 morts et 16 succès. Ceci démontre l'inconvénient de conclure d'après des statistiques brutes établies sur des faits pris en masse, si on s'enquiert des détails, et qu'on fasse les distinctions nécessaires, on arrive à des résultats et à des notions bien différentes.

M. Larrey. L'observation de M. Giraldès a certainement de la valeur appliquée aux statistiques brutes; mais dans celle de M. Legouest, il n'est question que de désarticulations pratiquées pour des plaies d'armes à feu. Or, s'il est vrai que dans certains cas la mortalité ne puisse être imputée à l'opération, puisque les blessés auraient succombé sans elle, on peut rétorquer l'argument et dire que dans d'autres cas des blessures auraient guéri si on n'avait pas opéré.

Sand-Kox a publié une statistique comprenant tous les faits connus jusqu'en 1845; ils sont nombreux et variés, et comprennent les écrasements, les plaies par armes à feu, les lésions organiques; non-seulement cette statistique montre les résultats généraux, mais l'auteur a même eu soin de classer toutes les observations en trois tableaux. Cependant, il y a une lacune; c'est que l'on n'a pas distingué les amputations en primitives et secondaires; en d'autres termes, on n'a pas noté l'époque à laquelle on avait amputé. Le mémoire de M. Legouest échappe à ce reproche, et les résultats si différents mis en lumière par cette distinction montrent toute son importance.

M. Denonvilliers. Les chirurgiens, en France du moins, sont d'accord sur ce point, que l'amputation coxo-fémorale doit être pratiquée immédiatement dans les plaies avec fracture de la partie supérieure du fémur. M. Legouest a tiré de ses observations des conclusions tout opposées; il faut donc rassembler des faits. Le suivant rentre dans la question. Un soldat fut blessé à la bataille de Crevelt, le 23 juin 1758, par une balle qui brisa le fémur au-dessus des trochanters. On tenta la conservation du membre; la mort ne survint pas, mais la fracture ne se consolida pas, malgré les efforts de plusieurs chirurgiens. Un dernier, dont le nom est resté inconnu, vers la fin de 1759, conçut le projet de réséquer le fragment inférieur, pensant que la saillie formée par ce fragment était le principal obstacle à la consolidation. L'événement lui donna raison; un cal se forma, qui réunit les deux bouts de l'os. Par malheur, le dépôt osseux se fit irrégulièrement autour de ces deux bouts, et laissa entre eux une sorte de caverne à parois osseuses qui ne s'affaissa pas et donna lieu à une suppuration permanente. Le

blessé entra à l'hôtel des Invalides et y mourut quatre années après. Sa pièce fut donnée à l'Académie de chirurgie, et passa de là à la Faculté et au musée Dupuytren, où elle est déposée en ce moment (n° 164).

M. Denonvilliers montre cette pièce, et renvoie, pour plus de détails, à l'observation complète insérée dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (1), et dont il a donné un extrait dans le volume qu'il a publié sur la collection de ce Musée.

Mais, comme il le disait déjà dans la dernière séance, ce fait rétablit une question historique. La résection a été employée de plusieurs manières dans le traitement des fractures, tantôt pour faciliter la réduction en retranchant un fragment faisant issue à travers la peau, tantôt pour extraire une extrémité osseuse brisée comminutivement; mais elle a été aussi mise en usage dans les cas de fracture non consolidée, et cette indication est rapportée à White, qui y eut recours dans un cas de fracture de l'humérus au mois de janvier 1760. Or, la priorité appartient bien réellement au chirurgien inconnu qui réséqua dans le même but le fragment inférieur du fémur, puisque dans l'observation qui vient d'être citée la résection fut faite un an après la blessure, c'est-à-dire vers l'été de 1759.

M. Larrey. M. Denonvilliers a été trop exclusif en disant que d'un commun accord les chirurgiens français recommandaient l'amputation immédiate pour les fractures du fémur par armes à feu; cela n'est vrai que pour les fractures de la diaphyse. Les chirurgiens militaires, Ribes, Percy, Larrey père, etc., ont en effet donné ce précepte. Mais ce dernier, dans les cas de fracture de l'épiphyse supérieure, conseillait la conservation toutes les fois qu'elle pouvait être raisonnablement tentée.

M. Giraldès. En citant White, il faut savoir auquel des chirurgiens de ce nom on fait allusion. C'est Charles White qui a proposé la résection de la tête du fémur, mais il ne l'a point exécutée.

M. Guersant confirme ce que vient de dire M. Larrey. En 1837, un étudiant en médecine reçut une balle qui fractura le grand trochanter; Bérard, Sanson et lui-même songeaient à faire l'amputation primitive. Larrey père, consulté, fut d'un avis contraire. On tenta d'abord la conservation du membre; on ne fit l'opération qu'au vingtième jour. La mort eut lieu six heures après; mais le malade était très affaibli par une suppuration fort abondante.

(1) Remarques de Ledran à la suite du mémoire de Moscati *Sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus*, t. IV, p. 112, éd. in-8°.

M. Gerdy donne des détails sur le blessé de 1830 que M. Huguier a cité dans la dernière séance, et dont l'observation a été publiée (1). Lorsque ce malade se présenta à la commission des récompenses nationales, Dupuytren et Larrey, qui le virent, furent très surpris d'un tel succès, et lui déclarèrent qu'il était d'autant plus heureux d'avoir conservé son membre, que s'il avait été soumis à leurs soins l'amputation aurait probablement été pratiquée.

M. Robert a traité en 1848 deux individus atteints de fractures par armes à feu de la partie supérieure du fémur; il connaissait déjà l'opinion de Larrey, et l'avait, pour sa part, adoptée. Il pensait, en effet, que la désarticulation coxo-fémorale pratiquée immédiatement au milieu des délabrements de la région vouait les malades à une mort prompte et certaine. Il s'abstint donc; un des blessés mourut au vingtième jour, l'autre se sauva. Pendant dix-huit mois, il conserva des fistules et perdit des esquilles, mais il finit par marcher assez bien. M. Robert l'a perdu de vue depuis ce moment.

M. Verneuil. Puisque dans cette question il importe surtout de grossir le nombre des faits, on peut y ajouter le cas d'un élève en pharmacie des hôpitaux de Paris, M. Robert, qui reçut une balle qui lui fractura la partie supérieure du fémur. On tenta d'abord la conservation du membre; mais au bout d'un certain temps on désarticula la cuisse, ce qui n'empêcha pas le blessé de mourir peu de temps après. De plus, M. Gensoul ayant eu à traiter, après les événements de Lyon en 1831, dix cas de fractures du fémur par des balles, tenta pour tous les blessés la conservation. Neuf fois l'os était brisé à sa partie moyenne ou au tiers inférieur; une fois la balle avait traversé le col du fémur. Trois blessés guérirent, et parmi eux se trouvait celui dont le col était atteint. La guérison fut longue et traversée de nombreux accidents; beaucoup d'esquilles sortirent, et il ne quitta l'hôpital qu'au bout d'un an. A cette époque, la cuisse était solide, et la marche commençait à s'effectuer (2).

M. Morel-Lavallée a souvent entendu dire à Richerand, dans ses cours, qu'après la bataille de Paris les chirurgiens civils perdaient à peu près tous les blessés de ce genre, auxquels ils avaient l'habitude de pratiquer l'amputation immédiate; tandis que les chirurgiens militaires en sauvaient un certain nombre en s'abstenant d'opérer.

Ou peut rapprocher de tous les faits cités celui de M. le docteur

(1) *Traité des bandages. — Chirurgie pratique*, 3e volume, page 439.

(2) *Gaz. méd.*, 1833, page 300.

Lesseré, qui en 1848 eut la cuisse fracturée à la partie supérieure et refusa l'amputation, aujourd'hui, et après une longue cure, il a pu reprendre ses occupations.

Enchondrome. — M. Demarquay présente un enchondrome qu'il a enlevé sur un malade âgé de trente-trois ans, placé dans le service de M. Denonvilliers. Cette tumeur a le volume d'un œuf. Elle était située sur le dos du pied droit; elle s'est développée dans le périoste du deuxième métatarsien, circonstance importante à noter, car le plus souvent les tumeurs de ce genre naissent des os eux-mêmes. Une particularité digne d'intérêt, et qui a rendu l'opération difficile, c'est que cette tumeur avait un prolongement qui pénétrait entre les deux métatarsiens; toutefois l'enchondrome a pu être enlevé sans qu'aucun tendon important ait été lésé. Le malade sera bientôt guéri.

Note de M. Robin. — Tous les lobes arrondis de la tumeur sont composés par un tissu qui offre partout les caractères du tissu cartilagineux proprement dit. Il se compose d'une substance homogène fondamentale, creusée de cavités renfermant une ou plusieurs cellules, tantôt sans noyau, tantôt avec un noyau assez gros, arrondi et granuleux. La substance fondamentale est partout homogène; ce n'est que dans des espaces très restreints, surtout vers la surface, qu'elle présente des stries un peu analogues à celles des fibro-cartilages. Cette tumeur est donc essentiellement formée par du cartilage pur ou proprement dit, et point par du fibro-cartilage. Les cavités dont il est creusé sont beaucoup plus grandes dans la portion osseuse de la tumeur. Quelques parties du cartilage offrent une teinte blanchâtre, laiteuse; elle est due au dépôt de granules microscopiques composés, ainsi que le montre l'action des acides, entièrement de carbonate de chaux. Ces parties sont bien différentes par leur couleur, leur consistance et leur structure, de la masse, du volume d'une noisette, très compacte, qui existe sur un des points de la tumeur. Celle-ci a l'aspect extérieur et la structure intime du tissu osseux, et, sous ce rapport, l'examen des coupes minces que l'on en peut faire ne laisse pas le moindre doute.

M. Giraldès. L'existence de spicules osseuses n'a rien de surprenant, surtout dans un enchondrome du périoste; il y a même de ces tumeurs dont l'intérieur est tout à fait cloisonné par des lamelles osseuses, dans les interstices desquelles est déposée la matière cartilagineuse.

M. Denonvilliers fait remarquer qu'ici l'ossification a quelque chose

de particulier; elle affecte deux dispositions, celle d'ossification diffuse et celle de noyaux osseux isolés.

M. Lenoir. Müller a déjà distingué deux variétés d'enchondrome. L'une se développe dans le centre des os, au milieu du tissu aréolaire ; elle distend et boursoufle la lame compacte superficielle: c'est la variété de beaucoup la plus commune. L'autre variété, au lieu d'être centrale, est périphérique ; elle a les mêmes caractères physiques que la première, mais se développe en dehors de l'os sous le périoste, et même en dehors du périoste ; elle se présente sous la forme de tumeurs dures, bosselées et comme muriformes. Beaucoup plus rare que la première, M. Lenoir n'en compte que trois exemples, en y comprenant celui qui vient d'être présenté.

L'enchondrome périostal ou périphérique n'est rare, au reste, qu'à l'état de petites tumeurs, car, lorsque la production a acquis de grandes dimensions, elle occupe non-seulement le centre de l'os, mais s'étale encore à l'intérieur sur et sous le périoste ; cette membrane, dans quelques cas, ne peut même plus être reconnue.

M. Giraldès. Si l'on établit des distinctions, il en est une autre importante à connaître. Certaines tumeurs cartilagineuses, en effet, sont ramollies, transparentes et comme gélatiniformes ; elles n'ont plus l'aspect caractéristique du cartilage, elles ont une tendance très marquée à l'accroissement. D'autres, au contraire, très fermes, blanches comme le cartilage normal, présentent une disposition marquée à l'ossification ; elles deviennent parfois dures comme de l'ivoire.

M. Demarquay a vu Blandin opérer un jeune homme qui portait aux doigts des enchondromes multiples. On en enleva trois dans une même séance. C'était bien au centre des os que le tissu cartilagineux avait pris naissance, et ce tissu était formé de grains et de lobules tout à fait semblables à ceux de la tumeur actuelle.

— M. Larrey reproduit les conclusions de son rapport sur le mémoire de M. Legouest (1) tendant à démontrer que l'amputation coxo-fémorale pour des coups de feu offre d'autant plus de chances de guérison, qu'elle est pratiquée à une époque plus éloignée de la blessure.

Voici ces conclusions :

1° Renvoyer au comité de publication le *Mémoire sur la désarticu-*

(1) *De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée.* (Commissaires : MM. Lenoir, Verneuil et Larrey, rapporteur.)

lation coxo-fémorale, en réservant une décision ultérieure sur le travail relatif aux *congélations*;

2° Nommer M. le docteur Legouest membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La Société décide aussi que le rapport sera renvoyé, avec le mémoire, au comité de publication.

—M. Verneuil, en présence de l'incertitude qui régnait sur le fait de M. Gensoul, dont il a été question dans une séance précédente, s'est adressé à l'auteur lui-même pour avoir des renseignements, que celui-ci s'est empressé de lui fournir : l'observation se trouve dans un compte rendu sur les blessés admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon, imprimé dans la *Gazette médicale*, 1833, p. 299.

M. Verneuil se félicite d'avoir été à la source originale, car les auteurs qui ont rapporté l'opinion du chirurgien lyonnais paraissent l'avoir notablement modifiée. M. Gensoul pense que dans les cas de blessure de la veine fémorale à la partie supérieure, on est dans l'alternative d'une hémorrhagie mortelle si on ne lie pas la veine, et d'une gangrène tout aussi menaçante si on lie le vaisseau. C'est pourquoi il lie l'artère fémorale au-dessus de l'origine de l'artère musculaire profonde, après avoir comprimé ou lié le bout inférieur du vaisseau veineux.

Le sang, ajoute M. Gensoul, ne pénétrant plus alors dans le membre inférieur que par les anastomoses des artères lombaires avec la fémorale, les veines satellites de ces artères devaient suffire.

La principale raison qui détermine M. Gensoul, c'est la crainte de la gangrène à la suite de la ligature de la veine fémorale. Il cite à ce propos un fait malheureux rapporté par Roux, et dans lequel, un coup d'épée ayant ouvert la veine fémorale, la ligature du vaisseau amena la gangrène du membre. Mais il serait facile de réunir un assez grand nombre de faits dans lesquels la ligature de la veine fémorale, pratiquée à la suite d'une blessure de ce vaisseau, a été couronnée de succès, et n'a amené nulle menace de gangrène.

Il est encore digne de remarque que M. Gensoul lie précisément l'artère fémorale à la *partie supérieure* pour une plaie de la *partie moyenne* de la veine.

Au reste, l'observation est courte et importante ; il sera utile de la rapporter de nouveau, afin qu'on puisse juger en connaissance de cause la pratique proposée par le célèbre chirurgien, pratique qui du reste avait été conçue théoriquement dès 1826, cinq ans par conséquent avant d'avoir été appliquée.

« Un homme, dans la force de l'âge, reçut une balle qui, pénétrant de dehors en dedans, fractura le fémur à sa partie moyenne. L'état était très satisfaisant, lorsque vers le vingt-cinquième jour, après un écart de régime, survinrent des vomissements copieux et une fièvre intense. L'agitation violente de la cuisse par les soubresauts des frissons donna lieu à une hémorrhagie abondante de sang noir évidemment veineux, qui ne put être arrêtée que par la compression au pli de l'aine. Mais, comme celle-ci était douloureuse, le blessé arracha les moyens compressifs, et le sang s'écoula de nouveau. Alors, sans balancer, M. Gensoul lia l'artère fémorale tout à fait à sa partie supérieure, au-dessus de l'artère musculaire profonde. L'opération, qui dura à peine deux minutes, fatigua peu le malade; l'hémorrhagie fut suspendue. Mais les accès de fièvre avec redoublement empirèrent, malgré le quinquina, et amenèrent la mort sept jours après l'opération sans qu'il y eût vestige de gangrène dans le membre opéré. En cherchant après la mort quel était le vaisseau divisé, on reconnut que c'était la veine fémorale. »

M. Verneuil persiste à croire que la ligature de la veine eût été suffisante, car à la *partie moyenne* de la cuisse les anastomoses de ce vaisseau sont trop nombreuses pour que la gangrène soit à redouter.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Coste (de Marseille), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— MM. Béclard et M. Sée font hommage à la Société des deux premiers fascicules de la traduction de Kölliker.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Robert montre un jeune homme qu'il a opéré d'un varicocèle par un procédé nouveau. Dans la maladie dont il s'agit, on remarque souvent, en même temps que l'allongement des veines du cordon, un développement très considérable de la peau du scrotum; le procédé d'enroulement de M. Vidal remplit le double but de déterminer l'ascension du testicule et le raccourcissement du scrotum; mais cette opération est loin d'être sans danger : M. Huguier a perdu un de ses malades, M. Vidal aussi, et M. Robert a été sur le point d'éprouver un semblable revers. Cette gravité, au reste, se conçoit bien, car l'enroulement n'est en résumé qu'un mode des ligatures sous-cutanées, nom, par parenthèse, bien mal appliqué, et à ce titre il expose à des accidents inflammatoires de plusieurs sortes; c'est pour cela que Breschet avait songé à obtenir la

destruction des veines en agissant de dehors en dedans. M. Robert a assisté à un grand nombre d'opérations faites par ce chirurgien, et sur cent cas au moins la méthode n'a jamais amené d'accidents, si l'on en excepte le cas d'un créole de Bourbon, qui, à la suite d'imprudences nombreuses, fut atteint d'un érysipèle qui amena la mort.

Breschet n'appliquait qu'une pince ; mais il s'aperçut bientôt que la section unique prédisposait à la récidive, et plus tard il en appliqua deux superposées, afin de faire plus étendue la perte de substance des veines et de la peau. C'est dans un but analogue que M. Robert a modifié la méthode de Breschet dans le cas suivant :

Un jeune homme atteint de varicocèle présentait en même temps un allongement très considérable du scrotum. Les veines du cordon étant bien isolées du canal déférent et soulevées dans un pli de la peau, on appliqua une première pince immédiatement au-dessus du testicule, puis une seconde tout proche de l'anneau inguinal. Ces deux pinces disposées obliquement se rencontraient par leur extrémité libre au voisinage du cordon, tandis qu'elles divergeaient sur le bord du scrotum et laissaient entre elles un espace de plusieurs centimètres.

Cette disposition, comme on le comprend, a pour but d'intercepter entre ces deux instruments un pli cutané, cunéiforme ou triangulaire, ayant son sommet vers la ligne médiane et sa base en dehors. Le résultat est de réséquer une étendue très notable des veines et des téguments sus-jacents, ce qui détermine après la cicatrisation l'ascension du testicule et le raccourcissement des bourses.

Après la chute de l'eschare, qui se fit vers le quinzième jour, il resta une plaie étendue couverte de bourgeons charnus et dont la cicatrisation s'effectua au bout de six semaines.

M. Robert fait voir sur l'opéré la perfection du résultat : une cicatrice très ferme, très épaisse, adhérant à la racine de la verge, soutient le testicule très haut près de l'anneau. La cure a duré deux mois en tout. Mais dans les autres procédés elle n'est pas beaucoup plus rapide, et présente beaucoup plus de dangers.

M. Follin a fait une dizaine de fois l'opération du varicocèle, et il a mis en usage l'ingénieux procédé proposé par M. Rigal (de Gaillac) pour les tumeurs érectiles. C'est, comme on le sait, une sorte de ligature multiple faite au moyen d'aiguilles et de fils passés au-dessous de la tumeur. Après avoir, comme de coutume, isolé le paquet veineux, la base du pli est traversée par trois aiguilles et deux fils situés entre elles. Les fils, fortement serrés, anéantissent immédiatement la circulation dans la portion de parties molles qu'ils entourent. Il en ré-

sulte une eschare sèche, qui tombe au bout de dix à quinze jours, et laisse après elle une large perte de substance qui se cicatrise sans peine. Dans les dix cas, M. Follin n'a jamais observé le moindre accident. Ce procédé, d'une exécution facile, remplit les mêmes indications que celui de M. Robert; il a de plus cet avantage qu'il n'exige aucun appareil instrumental spécial : le fil et les aiguilles se trouvent partout.

M. Follin a vu des accidents très graves à la suite de l'enroulement : il y eut un abcès énorme suivi de l'atrophie du testicule.

M. Ad. Richard a mis en usage le procédé de M. Rigal, et il lui a trouvé plus d'avantages encore que ne l'a dit M. Follin. Il y a dans toutes ces opérations une circonstance majeure à noter : c'est la distinction entre les procédés qui n'amènent que progressivement la section des vaisseaux et des parties molles, et ceux qui, d'emblée, causent la mortification complète. Les accidents naissent, en effet, pendant cette période de mortification progressive. C'est un point que M. Rigal a fait ressortir avec talent. Le procédé de M. Robert paraît appartenir à la première catégorie.

M. Robert répond qu'il a soin de serrer immédiatement les pinces avec assez d'énergie pour que le sphacèle soit sur-le-champ obtenu.

M. Debout. On a cité plusieurs cas fâcheux à la suite de l'enroulement; cependant M. Vidal n'en cite qu'un seul.

M. Giraldès. Le principe d'une destruction étendue du tégument, posé par M. Robert comme condition utile, a déjà été formulé. C'est ainsi qu'a procédé M. Rigaud (de Strasbourg), qui, à l'aide de la cautérisation, fait une large entaille au scrotum, et détruit une assez grande longueur des veines spermatiques.

M. Houel. M. Velpeau avait déjà remarqué que dans le varicocèle les téguments s'allongeaient beaucoup; il songea donc à associer à la ligature la section de l'excédant de peau des bourses.

M. Verneuil fait quelques observations sur ce qui vient d'être dit, au point de vue historique. L'emploi de la cautérisation pour le traitement du varicocèle, rappelé, il est vrai, par M. Rigaud, et proposé tout récemment encore par M. Gaillard (de Poitiers), appartient à la chirurgie lyonnaise, et en particulier à M. Bonnet. Quant à la résection de la partie inférieure et excédante du scrotum, elle a été imaginée par Bransby Cooper. M. Velpeau l'a répétée, mais il n'est pas certain qu'il l'ait faite plusieurs fois, ni conjointement avec la ligature. Dans ces derniers temps, M. Voillemier a opéré de cette manière un jeune homme qui avait les bourses très longues; on s'est contenté de faire la section de tout le fond du scrotum, et l'on a cherché ensuite à faire cicatriser

le sac ainsi raccourci. Il serait utile d'avoir sur ce fait des renseignements ultérieurs.

M. Larrey a vu, comme chirurgien militaire, beaucoup de jeunes sujets affectés de varicocèle; mais chez un certain nombre d'entre eux il y avait si peu de gêne, si peu de douleur, que la maladie était restée inconnue. D'un autre côté, l'opération de cure radicale amène si souvent des accidents, et des accidents graves, que, suivant lui, elle doit être très exceptionnelle, et réservée seulement pour le cas où l'infirmité est très gênante.

Deux fois M. Larrey a employé le procédé de M. Vidal. Des accidents phlegmoneux assez sérieux se sont montrés; ce qui l'a rendu fort circonspect.

M. Michon. Les procédés préconisés par MM. Follin et Robert ont pour but de raccourcir à la fois les veines et les téguments; or, pour obtenir ce résultat, il n'y a rien de spécial à observer, la guérison pure et simple du varicocèle par un procédé quelconque y arrive naturellement. Si, au contraire, la maladie récidive, les veines, même réséquées, s'allongeront de nouveau, et aussi le scrotum aux dépens des téguments voisins. En examinant le malade de M. Robert, il a constaté, au-dessous de la cicatrice, la persistance de veines variqueuses, ce qui lui présage la récidive.

Pour sa part, il est peu partisan de la cure radicale, et il ne la met en usage qu'à contre-cœur, et quand il y a pour l'avenir ou la profession une utilité tout à fait irrécusable. Il a été plusieurs fois consulté par des jeunes gens qui, voulant embrasser l'état militaire, en avaient été exclus pour le varicocèle. Dans ce cas on peut opérer. Mais puisqu'il s'agit alors d'une infirmité dont on veut faire disparaître les traces, il convient d'employer un procédé qui, à la manière de la ligature sous-cutanée, ne laisse pas au moins de stigmates indélébiles.

M. Chassaignac a déjà appliqué quatre fois l'écrasement linéaire à la cure radicale du varicocèle, et dans trois cas il n'a pas vu survenir le moindre accident. Il en a été autrement dans le quatrième; mais cela a été dû à des circonstances tout à fait spéciales. C'était un jeune homme affecté tout à la fois d'un varicocèle et d'une hernie inguinale. Les chirurgiens ne se sont point encore occupés de cette complication, qui rend très fâcheuse la position des malades. Si, en effet, on met un bandage, le varicocèle grossit considérablement; si on ne met rien, la hernie continue à s'accroître : de telle façon que l'une ou l'autre des maladies persiste toujours. M. Chassaignac se décida donc à opérer le varicocèle. Après avoir isolé les deux cordons et passé trois aiguilles à

là base du pli cutané qui contenait les veines, il appliqua l'écraseur. Lorsque la section fut faite, on put voir que le sommet du sac avait été compris dans l'anse réséquée, et que par conséquent il avait été ouvert. M. Chassaignac fit comme de coutume la suture de la plaie, afin de fermer aussi la plaie du péritoine. Des accidents phlegmoneux assez graves se développèrent dans le trajet du canal inguinal puis dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale jusqu'au niveau de l'hypocondre gauche. Plusieurs incisions, l'emploi de sétons perforés donnèrent issue au pus, et aujourd'hui le malade est guéri.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Arist. Verneuil.

Séance du 7 novembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Demarquay communique le fait suivant :

Un homme couché dans le service de M. Denonvilliers était atteint d'une hématocèle compliquée de la présence d'une double hernie inguinale. L'hématocèle avait le volume de la tête d'un fœtus à terme ; les deux hernies étaient également très volumineuses, surtout la gauche, qui était tout à fait irréductible. M. Demarquay éprouva d'abord beaucoup d'embarras ; cependant il arriva à l'hématocèle en passant par une dissection attentive entre les deux hernies. Après avoir incisé la poche pour faire la décortication indiquée par M. Gosselin, il ne put enlever la fausse membrane que sur le testicule, et non sur le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Il réséqua alors une grande partie de ce feuillet épaissi après l'avoir soigneusement isolé. Les suites de cette opération furent très heureuses, et la cicatrisation marcha très bien.

M. Demarquay eut l'idée de faire quelque chose pour la guérison, ou au moins pour l'amélioration de la hernie du côté gauche. Il tenta l'injection iodée ; il rencontra tout d'abord une difficulté imprévue. Lorsqu'en effet le trocart fut introduit, il fut impossible de savoir si on était ou non dans le sac. Le crochet du trocart de M. Ricord, sur lequel M. Demarquay comptait beaucoup, ne lui donna aucun signe certain ; ayant alors retiré l'instrument, il le replongea, et eut l'idée d'insuffler par la canule un peu d'air lorsqu'il pensa être dans la cavité. Cette

manœuvre devait être décisive ; si on était dans le sac, celui-ci se distendrait, sinon, l'air déterminerait un peu d'emphysème circonscrit et tout à fait innocent, si on était dans les mailles du tissu cellulaire. Pour confirmer cette première donnée, une injection aqueuse fut poussée, puis enfin une injection iodée ainsi formulée :

Teinture d'iode. . . . Eau distillée.	āā. .	50 grammes.
Iodure de potassium..		2 —

Pendant l'opération, qui, au reste, ne détermina que des douleurs modérées s'irradiant dans le ventre, un aide faisait la compression au niveau du canal inguinal, pour empêcher le passage du liquide dans le péritoine. La main de l'aide fut remplacée par un bandage tout neuf et s'adaptant exactement.

L'injection iodée amena un épanchement considérable dans le sac, mais ce gonflement avait disparu au bout de cinq semaines. L'occlusion du sac n'a pas été obtenue ; mais sa cavité a été très notablement rétrécie, de façon que la hernie, qui était autrefois irréductible, ne descend plus maintenant que jusqu'à la partie moyenne des bourses, et peut être désormais aisément contenue par un bandage.

Sans espérer la guérison, M. Demarquay pense que l'injection iodée peut rendre de grands services dans les hernies très volumineuses à titre de moyen palliatif, en diminuant beaucoup la capacité du sac.

M. Giraldès fait remarquer que dans l'opération de la décortication pour l'épaississement de la tunique vaginale, la fausse membrane est de coutume beaucoup plus adhérente sur le feuillet testiculaire de la séreuse que sur le feuillet pariétal. La disposition contraire, que M. Demarquay a rencontrée, est donc tout à fait exceptionnelle.

M. Demarquay le reconnaît, en effet ; déjà trois fois il a fait cette opération, et jamais il n'a pu enlever complétement la pseudo-membrane ; mais dans les jours suivants il a pu en extraire avec des pinces des lambeaux étendus qui se détachaient presque seuls, quoique fort adhérents au moment même de l'opération.

M. Vidal est étonné que M. Demarquay n'ait pas prévu les difficultés qu'on éprouve à savoir si le trocart est réellement dans le sac plutôt que dans le tissu cellulaire. Tout le monde connaît ces difficultés et les prévoit ; il est déjà arrivé à des opérateurs de s'y tromper et de pousser l'injection en dehors du sac péritonéal.

Quant au résultat obtenu par l'injection iodée, malgré les avantages que M. Demarquay lui accorde, il n'est pas moins vrai que la hernie

est encore engagée dans les bourses. A la vérité, c'est un progrès si la masse herniée était auparavant irréductible, mais ce n'est certainement pas là une cure radicale.

M. Vidal montrera dans une séance prochaine un sujet qui était atteint d'un varicocèle et d'une très grosse hernie du même côté. L'enroulement fut pratiqué pour la première maladie il y a huit ans; le sac fut enroulé en même temps que les veines. L'opération unique eut le double résultat de guérir la dilatation veineuse et de réduire à ce point la hernie, qu'elle ne forme plus aujourd'hui qu'une petite tumeur à l'anneau inguinal, tumeur qu'un bandage maintient très aisément.

M. Boinet. On éprouve parfois de la difficulté à savoir si on est dans le sac herniaire; mais il existe de nombreux moyens de s'en assurer; cela ne doit donc pas embarrasser le chirurgien. Quant aux résultats définitifs de l'injection iodée appliquée aux hernies, il n'est pas permis encore de compter beaucoup sur la cure radicale. Cette opération, en effet, peut bien oblitérer le sac et prévenir momentanément la descente des viscères; mais elle n'a point d'action sur le trajet inguinal de la hernie; et à la longue, l'allongement du péritoine peut permettre sans peine une récidive.

M. Demarquay n'a nullement prétendu présenter ce fait comme un cas de cure radicale, puisque la bernie existe encore avec un volume même notable; il ne veut pas non plus décider si cette cure radicale est possible ou non. Il ne tentera pas davantage le parallèle entre l'injection iodée et l'enroulement pour des cas semblables, car il ne convaincrait pas sans doute M. Vidal. Il s'est attaché à démontrer que l'injection iodée était susceptible de réduire beaucoup les dimensions du sac; dès lors il demande si dans les hernies très volumineuses et qu'on ne peut contenir, il ne serait pas avantageux d'y recourir à titre de traitement palliatif. A son avis, les hernies peu volumineuses ne doivent pas être traitées de cette façon, mais celles qui sont très anciennes et très grosses pourraient être améliorées.

— M. le Président annonce que MM. Rigal (de Gaillac) et Goyrand (d'Aix), membres correspondants, assistent à la séance.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bardinet (de Limoges), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— M. le docteur Edouard Cornaz, chirurgien en chef de l'hôpital de Pourtalès (Suisse), adresse, pour obtenir le titre de membre correspon-

dant, une série de mémoires sur les maladies des yeux. (Commission : MM. Lenoir, Giraldès, Houël.)

— MM. Robert, Jarjavay et Follin, étant retenus à l'heure des séances par leur service à la Faculté ou au Bureau central, demandent un congé. (Renvoyé à la commission des congés.)

Suite de la discussion sur le varicocèle.

M. Vidal. Il y aurait deux questions à traiter. Doit-on, oui ou non, opérer le varicocèle? On peut se contenter de dire que, plus ou moins partisans de l'opération, les chirurgiens sont unanimes pour admettre que dans certains cas elle est nécessaire. Ceci admis, il ne reste plus qu'à adopter un procédé : c'est la seconde question.

A propos de l'enroulement, M. Robert a parlé de cas malheureux. M. Vidal ne veut pas répéter ici cet argument banal familier aux inventeurs, qui attribuent volontiers les revers à l'impéritie de ceux qui répètent leurs procédés. Peut-être cependant ce reproche a-t-il quelque fondement dans le cas actuel; toujours est-il que M. Vidal n'a rien épargné pour être compris et exactement imité, soit par les descriptions détaillées qu'il a données, soit en opérant devant tous ceux qui ont voulu le voir faire, soit même en se rendant dans le service de ceux de ses collègues qui ont désiré opérer sous ses yeux. C'est ainsi qu'il a assisté MM. Lenoir, Monod et d'autres encore soit à l'hôpital, soit en ville. Aujourd'hui même il se met à la disposition de ceux qui voudront utiliser ses conseils. Tout s'est donc passé et se passe donc au grand jour.

M. Vidal a opéré plus de 300 malades jusqu'à ce jour; il n'a jamais observé d'accidents sérieux; quelques sujets ont été affectés de maladies intercurrentes dont on ne saurait vraiment accuser son procédé. C'est ainsi que la cure a été traversée par la variole ou la fièvre typhoïde ; cette dernière maladie a atteint un opéré, qui a été visité par M. Cullerier, et en a fait périr un autre. Voulant s'entourer de toutes les garanties, M. Vidal a fait l'autopsie de ce dernier en présence de M. Gosselin. Les lésions anatomiques ordinaires de la fièvre typhoïde ont été constatées. On n'a trouvé nulle trace de phlébite, et le canal déférent, spécialement examiné, a été trouvé intact et perméable.

Ce que M. Vidal a vu et ce qu'il avance, tout le monde peut le voir et le vérifier; quant aux résultats définitifs, c'est-à-dire à la persistance de la cure, il fera voir des sujets traités depuis huit et même dix ans chez lesquels la cure radicale ne s'est point démentie.

On verra également que la cicatrice, loin d'être étendue et difforme, a au contraire des dimensions fort restreintes.

M. Robert a, pour sa part, observé un phlegmon gangréneux du scrotum à la suite de l'enroulement, et cependant il croit avoir pratiqué l'opération d'une manière convenable, car M. Vidal lui-même avait eu l'obligeance de lui montrer son procédé. M. Robert avoue que peut-être il n'a pas l'habileté de M. Vidal; mais, si l'opération est si minutieuse qu'elle ne puisse être bien faite que par son inventeur, il faut convenir que cela est bien fâcheux. On conçoit, du reste, que l'opération exposé à des phlegmons gangréneux; en effet, les deux fils compriment entre eux des parties molles qui doivent nécessairement se gangréner, et qui par conséquent peuvent propager le sphacèle aux tissus voisins.

M. Morel-Lavallée a vu un grand nombre des opérations de M. Vidal; il n'a jamais vu survenir ni la mort, ni même d'accidents sérieux. L'enroulement est donc d'une innocuité parfaite; l'observation simple des faits le prouve, en dépit de toutes les prévisions théoriques, quelque logiques qu'elles puissent être.

M. Huguier déclare, dans l'intérêt de la vérité, que le malade qu'il a perdu à la suite de l'enroulement ne lui paraît pas avoir succombé par le fait même de l'opération, mais plutôt à une affection typhoïde; en effet, il fut pris d'accidents mortels alors que les fils étaient retirés, la cicatrisation obtenue. A l'autopsie, on ne trouva rien qui puisse incriminer l'opération.

— M. Larrey communique dans son entier l'observation du malade atteint d'une tumeur de la cuisse qu'il a présenté dans une séance précédente.

Tumeur fibrineuse dégénérée et récidivée à la cuisse, près du genou.

Un malade du Val-de-Grâce, M. G..., capitaine trésorier dans un régiment de ligne, âgé d'une quarantaine d'années, doué d'une forte constitution et n'ayant jamais été malade, porte à la cuisse une tumeur dont voici l'origine :

Cet officier, attaché à l'armée d'Afrique au mois de mars 1840, reçoit une balle morte à la région externe et inférieure de la cuisse droite, près du genou, sans en ressentir beaucoup de douleur, ni la moindre gêne dans les mouvements de l'articulation. Point de plaie, même superficielle; nulle trace de contusion; rien, en un mot, n'empêche M. G... de continuer son service.

Mais au bout de trois ou quatre mois de cet accident si simple d'abord, il constate dans le même point la présence d'une petite tumeur, du volume d'une noix, douloureuse au toucher, très mobile et tendant à se développer davantage. Il ne s'en inquiète pas toutefois, et c'est seulement quatre années après, au mois de mars 1844, que, s'étant heurté la cuisse en cet endroit et souffrant plus encore, il consulte le chirurgien major de son régiment, M. Tabouret, qui incise la tumeur, mais ne l'enlève qu'incomplétement, à cause de l'intensité de la douleur. La matière, contenue dans une sorte de kyste, offre l'aspect d'une concrétion sanguine noirâtre et homogène. La cicatrisation a lieu d'ailleurs assez vite et sans accident.

Cependant, cinq ou six mois après, la tumeur se reproduit, acquiert son volume primitif et reste stationnaire pendant près de dix ans, sans offrir rien de notable.

Le capitaine G... en était là, lorsque en 1854 il est atteint, par la maladresse d'un camarade, d'un violent coup de pied dans l'endroit même occupé par la tumeur ; il en éprouve une douleur si vive, qu'il chancelle et perd connaissance. Obligé de cesser son service, d'ailleurs peu actif, il est d'abord traité par des topiques émollients ; mais à dater de cet accident, le mal s'accroît d'une manière progressive, assez prompte, et oblige le malade à entrer au Val-de-Grâce dans les premiers jours de novembre.

La tumeur nous offre alors le volume d'une grosse orange ; elle est arrondie, lisse à sa surface, marbrée d'une teinte bleuâtre, mobile dans presque toute sa circonférence, adhérente vers sa base ou à son point d'implantation à la cuisse, un peu au-dessus du niveau de la tête du péroné, de consistance molle, semi-fluctuante, à peu près insensible au toucher dans toute sa superficie, douloureuse au contraire dans sa partie profonde, où se font ressentir quelquefois des élancements. L'articulation du genou est d'ailleurs intacte et exécute librement ses mouvements naturels de flexion et d'extension.

Le diagnostic difficile de cette tumeur, supposée tout d'abord d'une espèce maligne, semble s'éclairer par une ponction exploratrice, qui donne issue à quelques gouttelettes de sang et permet de croire, d'après les antécédents, à la formation d'un kyste hématique.

L'extirpation, devenue nécessaire, est pratiquée le 23 novembre 1854 à l'aide d'une longue incision faite selon l'axe du membre. La tumeur, mise à découvert, se trouve à demi enveloppée d'un kyste énucléable dans une partie seulement de son étendue, mais si adhérent à sa base, qu'il se confond avec l'aponévrose fascia lata et avec la gaîne

du tendon du biceps, épaissie et recouverte en cet endroit de concrétions hématiques très dures. Cette production accidentelle semble même pénétrer, sinon surgir plus profondément, au-dessous de l'aponévrose, vers le cul-de-sac de la synoviale du genou. Mais dans la crainte d'ouvrir l'articulation, on ne croit pas devoir porter plus loin le bistouri.

Quant au produit de la tumeur d'après ses caractères physiques, c'est un magma de sang d'aspect veineux, en partie fluide, en partie concret, mélangé à des noyaux plus ou moins friables sous le doigt. L'analyse chimique et l'examen au microscope par M. Coulier, pharmacien major agrégé du Val-de-Grâce, ne révèlent point dans cette matière d'éléments cancéreux.

La réunion médiate de la plaie et un pansement simple sont suivis, quelques heures après l'opération, d'une hémorrhagie par exhalation très abondante, qui s'arrête par l'application d'un bandage compressif et de la glace.

Les pansements successifs n'offrent rien de notable ; la plaie suppure, se déterge et se cicatrise normalement. L'état général de l'opéré est satisfaisant, et il sort de l'hôpital en voie de guérison à peu près définitive.

Mais deux mois après, la cicatrice, devenue tout à fait linéaire, nette et solide, laisse sentir au-dessous d'elle une sorte de noyau douloureux parfois au toucher, assez consistant d'abord, plus mou ensuite, à mesure qu'il se développe et grossit davantage.

M. G... vient consulter ; il a évidemment un mal récidivé sur place, et il se décide à rentrer au Val-de-Grâce le 21 octobre courant. La tumeur, déjà parvenue au volume qu'elle avait l'année dernière, offre les mêmes caractères extérieurs, à tel point que le dessin pris alors semble avoir été fait aujourd'hui.

Tels sont les antécédents du malade que M. Larrey présente à la Société pour avoir l'opinion de ses collègues sur le pronostic de cette tumeur, et pour s'éclairer de leurs conseils sur la nouvelle opération à entreprendre.

On constate aisément dans l'exploration de la tumeur les caractères qui viennent d'être exposés. M. G... est d'ailleurs dans d'assez bonnes conditions de santé pour ne pas attendre plus longtemps la nouvelle opération qu'il réclame lui-même.

M. Denonvilliers a rencontré un cas fort analogue. Une tumeur s'était développée au-devant du genou à la suite d'une violence extérieure ; elle siégeait dans la bourse synoviale située au-dessous du tendon rotulien. Rapprochant cette maladie de l'hématocèle, il songea à ouvrir

la tumeur et à exciser la plus grande partie des parois de la poche. Le malade guérit, mais il n'a pas été revu depuis. Cette tumeur ne renfermait rien autre chose que les éléments du sang.

M. Clot-Bey, d'après l'aspect violacé de la tumeur, son volume, la récidive, craint qu'il ne s'agisse d'une tumeur cancéreuse. Il faut attaquer le mal avec le bistouri, mais s'attendre à une nouvelle récidive.

M. Huguier pense aussi qu'il faut faire l'ablation; peut-être plus tard l'amputation même deviendra nécessaire. Mais comme le tiraillement de la cicatrice pourrait hâter la récidive, et que d'un autre côté il serait imprudent de ménager trop la peau qui recouvre la tumeur, il serait utile de faciliter la réunion des lèvres de la plaie par une sorte d'autoplastie par glissement. On y parviendrait en faisant une incision sur le côté opposé du membre et parallèlement à son axe. On ferait facilement ainsi glisser la peau, très mobile d'ailleurs dans cette région.

M. Larrey fait observer que ce glissement serait rendu difficile par l'adhérence de la base du kyste à l'aponévrose, qu'il a déjà constatée lors de la première opération.

M. Huguier n'a point été arrêté par cette difficulté dans un cas semblable; il a détaché avec le bistouri les adhérences de la peau, qui dès lors a pu être rapprochée et réunie.

M. Chassaignac considère également ce cas comme fort grave. Il faut prévoir le cas où, pendant le cours même de l'opération, l'amputation de la cuisse deviendrait nécessaire. C'est ce qui arriverait si la maladie se propageait jusqu'à la cavité articulaire et si celle-ci était ouverte chemin faisant.

M. Larrey, d'après les opinions émises, et tout en faisant la part d'un pronostic grave et des accidents imprévus de l'extirpation de la tumeur, tel surtout que l'ouverture de l'articulation, tâchera d'éviter l'amputation immédiate de la cuisse, à laquelle d'ailleurs le malade n'est nullement préparé.

L'opération résolue est pratiquée le lendemain même au Val-de-Grâce, en présence de plusieurs des professeurs et chirurgiens de l'hôpital, et avec l'assistance de trois des membres de la Société de chirurgie, MM. Gosselin, Marjolin et A. Guérin. Une longue et double incision semi-elliptique circonscrit toute la surface libre de la tumeur, qui semble dépourvue de kyste et siéger non-seulement en dehors de l'articulation et à l'extérieur de l'aponévrose fascia-lata, mais profondément jusque dans l'épaisseur du muscle vaste externe et jusqu'au contact de la capsule synoviale. L'énucléation, l'arrachement et la dissection ne détachent qu'une partie de la masse morbide, ramollie et friable, au

milieu de laquelle se trouve implantée, à l'aponévrose, une ostéophyte, qu'il faut réséquer à l'aide d'une cisaille. La présence de la même matière dans l'épaisseur du muscle nécessite un débridement multiple de l'aponévrose, d'où elle est extraite en assez grande quantité par de simples pressions. Le fond de cette poche et tous les points suspects à la surface ou autour d'elle sont brûlés fortement avec le cautère actuel, et, dans le but de prévenir une hémorrhagie par exhalation, des plumasseaux imbibés d'eau hémostatique et un pansement contentif sont appliqués. Mais peu d'instants après l'opération l'appareil est entièrement traversé par le sang, qui se coagule provisoirement par l'application de la glace, et nécessite ensuite l'emploi du perchlorure de fer sur l'orifice même des vaisseaux musculaires donnant lieu à cette hémorrhagie. Elle s'arrête enfin. L'appareil est renouvelé le lendemain, mais les caillots adhérents sont maintenus en place jusqu'au moment où la suppuration s'établit. Les pansements, devenus simples, s'accompagnent, pendant les premiers jours, d'un phénomène à signaler, c'est qu'à chaque attouchement de sa plaie le malade perçoit une sensation analogue à celle qu'il avait ressentie sous l'influence du chloroforme.

La cicatrisation enfin tend à s'effectuer aujourd'hui, quatorzième jour de l'opération, par le développement des bourgeons charnus, et M. G... est dans un état satisfaisant.

L'examen de la tumeur au microscope a été fait par M. Coulier, agrégé de l'École du Val-de-Grâce, et a démontré la formation de corps ovoïdes dont les contours sont bien nets et définis. Leur surface paraît finement ponctuée; ils renferment tous un ou deux noyaux; quelques-uns sont fusiformes; d'autres sont complétement allongés. Mais il a été impossible de reconnaître l'existence de la cellule cancéreuse au milieu de ce tissu, mêlé dans certains points à une grande quantité de matière grasse.

M. Gosselin, qui a examiné, avec M. Bauchet, une partie de cette tumeur, n'y a pas trouvé non plus l'élément caractéristique du cancer, mais plutôt la structure dite fibro-plastique.

M. Larrey informera la Société des résultats ultérieurs de cette observation, qui lui a paru digne de quelque intérêt.

— M. Gosselin communique, au nom de M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, la note suivante :

Note sur des préparations de caustiques au moyen de la gutta-percha. — M. Richard, mon collègue, a bien voulu présenter en mon nom, dans la dernière séance, à la Société de chirurgie, des prépara-

tions de caustiques qui me paraissent avoir une certaine importance, et qui pourront recevoir un jour leur application dans un grand nombre de cas chirurgicaux.

Avant de présenter des faits cliniques, je me permets aujourd'hui de vous soumettre quelques échantillons de ces caustiques, et d'indiquer le procédé simple et facile au moyen duquel on peut les préparer et les conserver.

Mêler intimement la gutta-percha en poudre avec un caustique pulvérisé, à doses variables, suivant la puissance qu'on veut obtenir. Par exemple :

Chlorure de zinc.	2 parties en poids.
Gutta-percha.	1 —

Introduire ce mélange dans un tube ou dans une capsule de porcelaine, chauffer lentement à la lampe à l'alcool.

Sous l'influence de la chaleur, la gutta-percha se ramollit, s'imprègne de toute la poudre caustique, se l'assimile pour devenir une pâte caustique, ou retient seulement emprisonnées dans sa glu les molécules du caustique; on a alors, par le refroidissement, une préparation de gutta-percha caustique, ou de gutta-percha porte-caustique.

La gutta-percha, par sa nature et ses propriétés, a pour avantages :

1° De ne pas s'altérer dans les tissus ;

2° De conserver sa consistance et sa flexibilité;

3° De s'insinuer facilement, par sa souplesse, dans les canaux naturels, tels que le canal nasal et l'urètre, ou dans les conduits morbides et tortueux, tels que les fistules;

4° De se prêter, sous les doigts du chirurgien; à toutes les formes voulues, de s'appliquer en plaques plus ou moins épaisses, en languettes plus ou moins longues, en fils plus ou moins ténus, en sondes ou trochisques, etc., etc. ;

5° Enfin, elle a pour avantage précieux de *permettre, par la porosité de ses molécules, l'exsudation des caustiques qu'elle renferme, et de laisser ainsi libre l'action spéciale de ces caustiques sur les tissus.*

En vous communiquant cette note, mon désir est de voir ces préparations caustiques soumises à des expériences cliniques. Les applications peuvent être tellement variées, les combinaisons de la gutta-percha avec les caustiques peuvent être si multipliées que cette substance nous sera d'un secours puissant dans la thérapeutique chirurgicale.

(Des échantillons des caustiques de M. Maunoury seront remis à MM. Larrey, Lenoir et Robert, afin que des expériences cliniques soient instituées.)

M. Lenoir fait observer que déjà on a songé à associer les caustiques au collodion pour en faire des pâtes ductiles susceptibles de prendre des formes très diverses.

— M. le docteur H.-W. Behrend, directeur de l'établissement orthopédique et gymnastique de Berlin, lit une note intitulée *Quelques mots sur l'état actuel de l'orthopédie.*

Une commission est nommée; elle se compose de MM. Debout, Jarjavay et Bouvier.

— M. Broca communique des renseignements historiques sur un point de l'histoire des anévrismes, relatif à la compression alternative, à laquelle il donne le nom de méthode alsacienne. Il doit à l'obligeance de M. Gama la communication d'un manuscrit qui permet de connaître l'inventeur réel de cette méthode. Cet inventeur est M. Belmas, alors chef des travaux anatomiques à Strasbourg.

M. Larrey propose d'adresser des remercîments à M. Gama, pour la communication de ce manuscrit important.

Cette proposition est adoptée, et M. le secrétaire général est chargé d'y pourvoir.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Danyau montre une pièce qui se rapporte à une circonstance rare de l'histoire des grossesses gémellaires. Les annales de l'obstétrique en offrent déjà un certain nombre d'exemples, mais il n'en a encore été présenté aucun dans cette enceinte, et celui-ci n'est pas sans intérêt.

A la suite d'un accouchement prématuré à 8 mois, qui paraissait n'avoir été provoqué que par un peu de fatigue, je m'aperçus, dit M. Danyau, en opérant la délivrance, de quelque chose d'insolite, dont il me fut très facile de reconnaître la nature dès que je pus jeter les yeux sur la masse que j'avais entre les mains. Le placenta se composait de deux parties : l'une, d'un volume ordinaire, épaisse, rouge, molle, friable, en un mot parfaitement saine, appartenait à l'enfant qui venait de naître vivant; l'autre, de moitié moins volumineuse et moins épaisse, jaunâtre, compacte et d'ailleurs intimement unie à la première, avait été destinée à un second fœtus mort vers le troisième mois de la grossesse et encore contenu dans ses membranes restées entières. Ce petit cadavre a subi les altérations que subit en pareil cas le fœtus qui meurt et qui reste dans l'utérus avec son frère jumeau vivant et continuant de se développer régulièrement. Il est un peu aplati, déformé, d'un blanc jaunâtre, et ressemble à un fœtus qui aurait longtemps macéré dans une

quantité insuffisante d'alcool. Une cuillerée de liquide amniotique altéré, épaissi, floconneux, baigne le petit cadavre.

La mère, jeune femme primipare, avait eu une grossesse pénible. En particulier, vers deux mois et demi, elle avait éprouvé des douleurs dont le siége était évidemment l'utérus, douleurs continues, sensiblement accrues par la pression, mais qui n'avaient toutefois aucun des caractères des contractions utérines.

A peine ces douleurs étaient-elles dissipées que cette jeune femme fut prise d'accidents nouveaux qui simulèrent d'abord un début de fièvre typhoïde, mais qui disparurent promptement sous l'influence de quelques évacuants.

Tous ces symptômes morbides se liaient-ils à un état de souffrance et plus tard à la mort de l'un des jumeaux? C'est ce que nous ne saurions dire. Peut-être n'y a-t-il eu ici que coïncidence, et cette présomption me paraît justifiée par l'absence d'accidents ou de symptômes quelconques chez la mère dans la plupart des cas analogues à celui que j'ai l'honneur de faire connaître à la Société.

— M. Chassaignac montre un fragment volumineux de polype fibreux des fosses nasales, qui a été expulsé spontanément dans les circonstances suivantes :

Ce polype avait été soumis à l'écrasement linéaire, qui n'en avait réséqué que la portion antérieure. Trois jours après une masse fibreuse sphacélée composant le reste de la masse s'engagea par l'ouverture des narines.

M. Chassaignac fait remarquer que pareil fait s'óbserve parfois pour d'autres tumeurs fibreuses, et en particulier pour les polypes fibreux de l'utérus. Il suffit quelquefois de détruire une portion de ces tumeurs pour voir le reste s'éliminer spontanément.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Dr A. Verneuil.

Séance du 14 novembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Vidal montre, comme il l'avait annoncé, deux anciens opérés de varicocèle par enroulement, et fait constater les particularités qu'il

avait signalées dans la dernière séance. L'un de ces malades a été de plus opéré d'un phimosis. La réunion, effectuée par les serres-fines, a été obtenue en douze heures; les petits instruments ont été enlevés au bout de neuf heures.

— M. Chassaignac montre également deux malades affectés de varicocèle et traités par l'écrasement linéaire. L'un des deux est celui qui a été atteint d'accidents graves par suite de l'ouverture d'un sac herniaire.

M. Lenoir. L'existence d'une hernie constitue pour le varicocèle une complication grave. On conçoit que dans les procédés qui amènent une perte de substance on est presque inévitablement exposé à ouvrir le péritoine. Si une opération était jugée bien nécessaire dans cette occasion, il faudrait employer de préférence le procédé de Breschet, qui aurait l'avantage de déterminer avant l'ouverture de la séreuse la formation d'adhérences, et par suite une oblitération. Il y aurait certainement moins de danger qu'à la suite des procédés de MM. Chassaignac, Vidal et autres.

M. Chassaignac accepte ces objections, et partage l'avis de M. Lenoir. Il rappelle que dans le cas actuel il avait espéré la réduction complète du sac, sans quoi, s'il avait prévu son ouverture, il n'aurait pas mis en usage l'écrasement linéaire.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey présente à la Société, de la part de l'un de ses membres correspondants, M. Tharsile Valette, un mémoire manuscrit sur l'*Ostéo-myélite des amputés.*

Cet accident consécutif des amputations dans la continuité, dont les symptômes ont été souvent méconnus ou confondus avec ceux de la pyohémie, a été observé par M. Valette dans les hôpitaux de Constantinople, et spécialement à l'hôpital de Péra, où il dirige aujourd'hui un service de chirurgie.

(M. le secrétaire général prendra connaissance du mémoire, et proposera, s'il y a lieu, son renvoi au comité de publication.)

M. Larrey offre en outre à la Société, de la part de M. le professeur Sands Cox (de Birmingham), un mémoire publié à Londres en 1845, sur l'*Amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche.*

Cet ouvrage, accompagné de planches et de tableaux statistiques, comprend l'histoire générale de l'opération, l'indication des cas qui

peuvent la réclamer, des remarques anatomiques et les méthodes ou procédés de divers chirurgiens.

L'auteur complète son travail par l'observation détaillée d'une désarticulation coxo-fémorale qu'il a pratiquée en 1844 sur une jeune femme malade depuis deux ans d'une tumeur ostéo-fibreuse à la cuisse, et si heureusement guérie, qu'elle jouit encore à présent d'une très bonne santé.

Le fait dont il s'agit enfin dans le savant mémoire de M. Sands Cox serait une preuve de plus à citer en faveur des chances de l'amputation tardive.

— M. le docteur John Birkett fait hommage de son mémoire sur les *Tumeurs adénoïdes de la mamelle.*

(Des remercîments seront adressés aux auteurs de ces envois.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Rigal (de Gaillac), Goyrand (d'Aix) et Legouest, agrégé au Val-de-Grâce, membres correspondants, sont présents à la séance.

— M. BOUVIER adresse une réclamation sur la rédaction du procès-verbal de la séance où la lettre de M. Gillebert d'Hercourt a été communiquée. On fait dire à M. Bouvier, à propos du résultat annoncé par notre confrère : « guérison *qui sera* un immense service rendu à l'orthopédie. » Il faut lire *qui serait*. M. Bouvier fait toutes ses réserves à ce sujet. Il est heureux d'avoir entendu M. Lenoir s'exprimer comme il l'a fait; mais il a ajouté qu'il sera encore plus heureux quand il aura pu vérifier par lui-même la réduction.

— A l'occasion du procès-verbal, M. LARREY rend compte de l'extirpation de tumeur qu'il a pratiquée au-dessus du genou (1). Nulle hémorrhagie ne s'est reproduite ; la période de suppuration a été de courte durée, et aujourd'hui la plaie, recouverte entièrement de bourgeons vermeils, se rétrécit de jour en jour, et semble devoir être prochainement cicatrisée.

— M. GOYRAND (d'Aix) communique le complément d'une observation d'éléphantiasis des parties génitales externes de l'homme, dont il a déjà donné une relation à la Société. La première tumeur occupait le prépuce; une récidive s'est manifestée aux bourses et a nécessité une nouvelle opération. M. Goyrand revient sur quelques points du rapport lu récemment sur ce sujet par M. Larrey et en particulier sur la récidive.

(1) Voir le procès-verbal de la dernière séance.

M. Larrey. D'après l'intéressante communication que M. Goyrand vient de faire à la Société, notre honorable collègue a voulu démontrer la tendance de l'éléphantiasis des Arabes à récidiver sur place. Je suis loin de contester la possibilité de cette repullulation; mais je suis porté à croire que dans le cas présent, comme dans beaucoup d'autres, c'est moins une récidive proprement dite qu'une marche progressive, une simple extension de la maladie développée primitivement dans le pénis, et complétant en quelque sorte son évolution dans les bourses, malgré l'extirpation pratiquée une première fois.

C'est du reste ainsi, ajoute M. Larrey, que l'éléphantiasis du scrotum semble avoir parcouru ses diverses périodes dans plusieurs des observations dont j'ai pris connaissance à l'occasion de mon récent rapport sur le mémoire de M. Clot-Bey. L'affection une fois déclarée sur un point des organes génitaux, fût-ce seulement au prépuce, y borne rarement ses limites, et tend presque toujours à envahir les bourses, qui en se tuméfiant à leur tour de plus en plus finissent par distendre la peau du pénis jusqu'au point d'effacer et d'investir en quelque sorte cet organe en entier. On no saurait donc, il me semble, attribuer à une récidive réelle la propagation ordinaire de l'éléphantiasis.

M. Goyrand fait observer que la propagation du mal n'est guère admissible, car il y a eu deux années de guérison complète pendant lesquelles le mal avait disparu, et le scrotum était resté souple et normal. D'ailleurs cette propagation aurait dû partir du gland et progresser de là jusqu'au scrotum, et cependant les téguments de la verge sont restés parfaitement sains. Il y a donc eu récidive à distance. On aurait compris d'autant mieux la repullulation au siége de la première opération que la totalité du mal n'avait pas été enlevée, M. Goyrand n'ayant pas jugé à propos d'enlever complétement le gland déjà envahi, dans la crainte de voir survenir ce rétrécissement consécutif qu'il a toujours vu suivre l'amputation de la verge.

M. Rigal a vu en 1845 un cas pareil pour lequel un jeune homme avait été réformé; le pénis avait 0,65 de longueur et pesait 2 kilogrammes et demi. Il songea à exhumer la verge proprement dite de cette masse énorme. Le gland avait subi un allongement notable. Le pénis, disséqué, put néanmoins être revêtu par une enveloppe cutanée nouvelle. Ce malade put depuis se marier et procréer. Chez lui, le gland n'avait jamais été découvert; aussi jouissait-il d'une extrême sensibilité, qui se révéla lorsqu'on introduisit des instruments par l'ouverture du prépuce.

A l'époque de l'opération, le scrotum présentait déjà quelques petites indurations, quelques légers tubercules. Il a appris depuis que le mal s'y était reproduit.

L'éléphantiasis est rare à Paris, mais M. Rigal l'a déjà observé sept ou huit fois dans le département du Tarn et affectant divers siéges.

M. Lenoir. La récidive de l'éléphantiasis est peu commune, et de coutume l'ablation amène la cure radicale. Il a eu l'occasion de l'opérer deux fois : dans un cas, un commis en nouveautés avait le prépuce et la verge du volume du poing. Le prépuce et le fourreau du pénis furent enlevés. Il n'y a pas eu de récidive, et on a pu constater plus tard que le membre viril était en très bon état.

Dans un second cas, très intéressant, et qui a fourni à M. Bergeron, son ancien interne, le sujet d'une bonne thèse, il s'agissait d'un matelot revenant du Brésil avec le scrotum du volume de la tête d'un enfant de quatre à cinq ans ; plusieurs traitements avaient été essayés sans succès. L'ablation fut faite, et au bout de trois ans il n'y avait pas de récidive.

M. Goyrand avance que les médecins, plus que les chirurgiens, sont convaincus de la récidive fréquente. Plusieurs des premiers lui ont affirmé qu'après avoir amputé dans cinq ou six cas la jambe pour des éléphantiasis, ils avaient vu le mal reparaître dans le membre du côté opposé.

M. Rigal rappelle qu'il n'y a pas eu de récidive dans un cas de tumeur éléphantiasique des petites lèvres cité dans l'ouvrage de M. Vidal. Quand le mal se reproduit, c'est plutôt par une sorte de reptation, de continuation, que par une véritable repullulation.

M. Giraldès se demande si, dans ces cas de reproduction du mal après l'opération, on n'a pas eu affaire à une sorte d'affection cancroïdale compliquant l'éléphantiasis.

M. Chassaignac a enlevé une petite lèvre éléphantiasique chez une jeune fille qui avait déjà été opérée huit ans auparavant de l'autre côté. Cette observation a déjà été communiquée à la Société l'an dernier.

Une autre femme était affectée de léontiasis, c'est-à-dire d'éléphantiasis de la face. Cette maladie avait amené un *epicanthus.* M. Chassaignac y remédia par l'opération d'Ammon, qui consiste à enlever un lambeau tégumentaire entre les deux yeux. Plus tard l'hypertrophie de la paupière devint si considérable, qu'elle amena l'occlusion mécanique de l'œil. Après avoir épuisé vainement toutes les ressources de la thé-

rapeutique, il fallut faire l'excision d'une partie des téguments de la paupière supérieure.

M. Verneuil pense qu'il faut bien distinguer la récidive sur place et à distance de la tendance qu'ont certaines maladies à envahir à des époques différentes la totalité d'un organe, ou des organes, et des régions doubles et symétriques. On a déjà remarqué que l'éléphantiasis atteignait souvent les organes pairs : les deux petites lèvres, l'extrémité des deux membres inférieurs, les deux moitiés du scrotum, etc., etc. Si, après avoir amputé une jambe, la maladie au bout d'un certain temps envahit l'autre, cela n'est pas plus surprenant que de voir une cataracte, une hernie, des varices se reproduire dans l'œil, la région inguinale, la jambe, quand bien même on a déjà opéré de l'autre côté. La diathèse se continue, et voilà tout; il serait même surprenant que l'opération faite d'un côté mît l'autre à l'abri de l'invasion.

M. Verneuil constate dans certains cas l'affinité de certaines formes de l'éléphantiasis avec les tumeurs cancroïdes. La peau, dans le premier cas, présente, en effet, une hypertrophie considérable de la couche papillaire. L'hypertrophie papillaire, à son tour, touche de près aux tumeurs épithéliales. La complication dont M. Giraldès s'enquérait pourrait donc réellement exister. M. Verneuil ajoute quelques réflexions sur la nomenclature des tumeurs de la peau ; et, d'accord avec M. Chassaignac, il pense que les noms doivent être dérivés de la composition anatomique.

— M. Rigal fait une lecture sur l'appareil qu'il emploie depuis longtemps avec succès pour obtenir l'anesthésie. Il a pour but principal de graduer l'écoulement de la vapeur de chloroforme de telle façon qu'elle ne puisse jamais dépasser une certaine quantité dans un temps donné. Grâce à ces précautions, il n'a jamais eu à concevoir la moindre crainte ni à déplorer le moindre accident. Il fait remarquer qu'il n'y a pas, à ce propos, d'amélioration inutile, si minutieuse qu'elle puisse paraître. Il reconnaît l'habileté des maîtres; mais il y a grand avantage à mettre entre les mains des personnes peu exercées des instruments d'une grande précision, qui fonctionnent pour ainsi dire seuls et qui n'exigent pas une habitude spéciale. A ce titre, jamais un instrument n'est trop compliqué à ses yeux quand il remplace l'adresse individuelle et peut être manié par tout le monde.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'après avoir employé quatre ou cinq mille fois l'éponge ou la compresse, et même chez de très jeunes enfants, il croit pouvoir absoudre ces deux moyens de tous les reproches qu'on leur adresse et de tous les dangers qu'on leur impute.

Certainement il y a grand avantage à graduer l'écoulement de vapeur anesthésique; mais il y a une chose qu'on ne pourra jamais graduer : c'est la vitesse du courant, très variable suivant que le sujet fait une grande ou une petite inspiration. En effet, une grande respiration introduit dans les poumons une quantité de vapeur très considérable et qu'on ne peut modérer.

M. Rigal répond que son appareil règle non-seulement la quantité de vapeur qui s'échappe dans un temps donné, mais qu'au moyen de soupape la vitesse du courant est également régularisée. Il répond de même à quelques objections qui lui sont présentées par MM. Debout et Forget sur des questions de priorité.

— M. Chassaignac communique une observation relative à une fracture de jambe (voir ci-dessus) qui se rapporte avec une exactitude frappante à une variété nouvelle signalée par M. Gosselin sous le nom de fracture en V. La similitude entre la pièce pathologique de M. Chassaignac et l'une de celles de M. Gosselin est poussée si loin, que ce dernier avait cru tout d'abord qu'il s'agissait d'une même pièce.

Fracture du tibia. — Observation recueillie par M. Alfred Fournier. — Un homme se trouvant debout devant une table, interpellé en arrière par l'un de ses camarades, se retourne brusquement et avec vivacité. Dans ce mouvement, le pied du membre droit se trouve fixé entre la table et un tabouret. Immobilisée dans cette position, la jambe ne peut suivre les mouvements de rotation du corps; elle se brise, et le blessé retombe assis sur son siége.

Il est apporté aussitôt à l'hôpital Lariboisière, où l'on constate une fracture de jambe complète *sans déplacement.*

Le membre est placé provisoirement dans une gouttière; quelques jours après l'on applique l'appareil de Scultet.

Après quelques jours passés sans accidents, apparition de frissons fréquemment renouvelés; accidents fébriles très intenses; douleurs diffuses dans la jambe et le pied; puis ictère, frissons de plus en plus fréquents; fièvre très vive; délire; coma. Mort après tous les accidents de l'infection purulente.

Autopsie. — Abcès métastatiques très nombreux dans les poumons. Un seul abcès dans le foie.

Les veines de la face dorsale du pied droit forment un réseau de cordons durs et cylindriques, contenant des caillots dans leurs cavités; la saphène interne contient dans une hauteur de 10 à 15 centimètres, à sa partie inférieure, du véritable pus phlegmoneux. Cette collection est

bornée supérieurement par des caillots ; il existe seulement un caillot bien formé, très adhérent, à l'embouchure de cette veine dans la veine fémorale.

Epanchement purulent dans l'articulation du genou droit.

Epanchement purulent et sanguinolent dans l'articulation tibio-tarsienne droite.

Fractures. — 1° Le *tibia* est fracturé à l'union de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. La fracture est obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; en sorte que s'il s'était fait un déplacement, le fragment supérieur aurait été nécessairement entraîné en bas et en dedans. De l'extrémité inférieure du V que forme la surface de cette fracture, part une *fissure* qui se dirige aussitôt en arrière, traverse en spirale la face postérieure de l'os et arrive sur le milieu de la cavité triangulaire de l'extrémité inférieure du tibia, qui s'articule avec le péroné. De là cette fissure se prolonge sur la surface articulaire du tibia qui répond à l'astragale, en divisant le cartilage d'incrustation, et se dirige transversalement vers le bord postérieur de la malléole interne ; puis, en dernier lieu, elle se réfléchit sur la face postérieure du tibia de bas en haut et de dedans en dehors, remonte sur cette face dans l'étendue de 5 à 6 centimètres et s'arrête à 15 millimètres environ de la branche supérieure de la fissure, *sans la rejoindre extérieurement.*

De la sorte, tout un segment de la partie postérieure du tibia, attenant à l'articulation tibio-tarsienne, se trouve presque complétement séparé du reste de l'os, auquel il n'est plus relié que par une languette de tissu compacte d'un centimètre et demi d'étendue environ, intermédiaire aux deux fissures descendante et ascendante de la face postérieure du tibia. Il est facile d'imprimer des mouvements à ce segment osseux, et l'on sent qu'il suffirait d'un faible effort pour rompre cette languette et le séparer complétement.

C'est donc une fracture incomplète.

2° Le *péroné* présente des fractures multiples avec esquilles. Sa partie supérieure est séparée du reste de l'os, à l'union du quart inférieur du membre avec les trois quarts supérieurs, et suivant un plan dirigé obliquement en bas et en dedans. Les deux lèvres de la fracture se continuent sur le fragment inférieur, pour contourner toutes deux l'os en spirale et se rejoindre sur la partie externe et supérieure de la malléole, en détachant dans l'aire qui les sépare un long fragment osseux. Puis la fracture se continue de là à la face interne de la malléole, exactement au-dessus de la facette intra-articulaire, et remonte en

spirale pour s'unir à la lèvre postérieure de la fracture précédemment décrite.

En résumé, fracture multiple, à quatre fragments : l'un supérieur, formé par les trois quarts supérieurs de l'os ; un inférieur, formé par la malléole, très obliquement séparée suivant un plan qui se dirige de haut en bas et d'avant en arrière; deux moyens ou intermédiaires : l'un considérable, de la hauteur de 9 centimètres, formé par le quart inférieur des faces postérieure et externe du corps de l'os, et sur lequel on voit encore une fissure de 4 à 5 centimètres ; l'autre de 3 à 4 centimètres en hauteur, sur la face externe.

M. Gosselin donne quelques détails sommaires sur les faits qui ont servi de base à la formation d'une variété distincte de fracture de la jambe; il y reviendra dans la séance prochaine, en montrant les pièces qui sont actuellement déposées au musée Dupuytren.

M. Cloquet est frappé de la lésion très curieuse de la veine saphène interne dans le fait de M. Chassaignac. Il fait également remarquer l'absence de tout travail de consolidation, même au vingtième jour. Il a déjà vu le travail réparateur se suspendre dans des cas analogues, et demande s'il en était de même dans les observations de M. Gosselin.

M. Larrey. La *fracture en V*, si bien décrite par M. Gosselin, énonce seulement, d'après cette dénomination, la forme de la fracture. Le fait essentiel serait d'indiquer le mode d'action du fragment supérieur sur le fragment inférieur, ou cette sorte d'enclavement de l'un dans l'autre qui fait éclater celui-ci ou le brise en différents sens. C'est pourquoi je proposerais de substituer au terme de fracture en V la désignation de *fracture en coin*, comme exprimant à la fois la forme et l'effet de cette fracture si grave.

M. Marjolin. Après ce que notre honorable président vient de vous dire sur cette variété de fracture qu'il a étudiée avec tant de soin, il me reste encore à ajouter que ces fractures en coin si graves, bien que provenant de causes très diverses, doivent par cela même être envisagées sous le point de vue médico-légal. Vous avez dû tous être étonnés comme moi en voyant des désordres aussi étendus à la suite d'une cause aussi légère; et nul doute que chacun de nous, en examinant ces extrémités osseuses réduites en esquilles, n'eût dit que la lésion devait être le résultat d'une chute d'un lieu élevé ou d'une contusion violente. Cependant il n'en était rien ; dans le cas qui nous a été soumis, il a suffi d'un mouvement brusque pour broyer littéralement la partie inférieure du tibia et du péroné d'un homme très fort.

Quelle peut donc être la cause réelle de ces désordres? Du moment qu'elle ne dépend pas de la nature même de l'accident ou de la contraction musculaire, il faut la rechercher dans la configuration même de la fracture; et en effet, le fragment supérieur, ayant la forme d'un coin, doit nécessairement, par le moindre mouvement de torsion, faire éclater en plusieurs morceaux ou fendre longitudinalement le fragment inférieur. Dès lors, on peut poser en principe de médecine légale que, dans les fractures dites en coin ou en V, l'état des fragments inférieurs dépend bien moins de la nature même de l'accident que de la forme du fragment supérieur.

M. Houel a retrouvé la fracture en V dans un certain nombre de pièces de la collection de M. Jobert. La torsion des os paraît évidente pour certaines d'entre elles ; quant à l'éclatement, à la fissure, ils portent toujours sur le fragment inférieur, jamais sur le supérieur. Tous les malades affectés de cette variété sont morts d'infection purulente du vingt au trentième jour ; leurs fractures ne présentaient pas de trace de consolidation.

M. Debout. L'arrêt du travail de consolidation est un fait très commun dans les fractures chez l'enfant; il est fréquemment déterminé par une affection intercurrente, telle que la variole, la rougeole, etc.

— M. Maunoury présente deux tumeurs du sein extirpées à l'aide du caustique à la gutta-percha, et donne des détails sur le manuel opératoire, l'action du caustique, la durée du traitement, etc.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

Séance du 21 novembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Gosselin, à l'occasion du procès-verbal, met sous les yeux de la Société plusieurs exemples de ces fractures en V dont il avait parlé dans la séance précédente à propos de la pièce de M. Chassaignac.

Sur la première, qui est représentée dans la thèse de M. Bourcy, on voit des lésions tout à fait semblables à celles de M. Chassaignac, c'est-à-dire sur le fragment supérieur un V saillant, dont la pointe est for-

mée par le tissu compacte si résistant qui occupe la face interne du tibia à la jonction de son tiers inférieur avec le tiers moyen; sur le fragment inférieur et au niveau de sa face interne, un V rentrant, du sommet duquel part une fissure qui longe la face interne, puis la face postérieure de l'os, et qui pénètre dans l'articulation pour remonter sur la face antérieure en circonscrivant à la partie externe de l'extrémité inférieure un fragment lamelleux qui n'est pas complétement détaché.

Sur la seconde, qui est également représentée dans la thèse de M. Bourcy, le fragment supérieur du tibia offrait la même forme, et le V résistant qu'il représente avait pénétré dans le fragment inférieur et l'avait fait éclater en un grand nombre de fragments jusque dans l'articulation tibio-tarsienne.

Deux autres pièces de fractures de la jambe provenant du Musée Dupuytren, et que M. Houël a bien voulu envoyer, représentent encore des fractures du tibia dans lesquelles se voit la même forme en V et le même éclatement du fragment inférieur par suite de la pression que le supérieur, agissant à la manière d'un coin, a dû exercer sur lui.

Sur une dernière pièce, il s'agit d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur et de la partie supérieure du tibia soudées l'une à l'autre par une ancienne ankylose. Le fragment supérieur présente encore la forme d'un V, et il suffit de regarder la pièce pour comprendre qu'il a dû au moment de l'accident pénétrer dans l'épaisseur des condyles et les faire éclater en même temps que la partie supérieure du tibia, confondue avec eux.

Il ne faut pas avoir longtemps examiné ces pièces pour admettre que, par suite de la direction toute spéciale du fragment supérieur, celui-ci peut, en agissant sur l'inférieur à la manière d'un coin, le faire éclater et amener des fissures ou des brisures comminutives prolongées loin du point de départ et arrivant jusqu'à l'articulation. On ne peut méconnaître là une variété de fractures qui, par sa direction et son mécanisme, diffère de celles que les auteurs décrivent sous les noms de transversales, obliques, dentelées, en pointes. Et, pour faire mieux saisir le mécanisme du coin qui se lie à la forme en V, M. Gosselin les appellera volontiers fractures cunéennes ou en V. Elles ont ceci de spécial, qu'elles sont plus graves que les autres; pour quelles raisons? C'est ce que M. Gosselin examine dans un travail qu'il lira dans une des prochaines séances.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Bouvier met sous les yeux de la Société une fille de huit ans affectée d'un torticolis par raccourcissement permanent du sterno-mastoïdien du côté droit. Les parents affirment d'une manière formelle que cette difformité est congéniale ; à l'âge de deux ans et demi, on a pratiqué la ténotomie à deux reprises, à deux mois d'intervalle. On a probablement divisé la première fois le faisceau sternal; la seconde fois, une partie du faisceau claviculaire. Toutefois, il n'y a rien de positif à cet égard ; on ne voit qu'une petite cicatrice située entre les deux portions du muscle.

Un mois après la section, on a appliqué un appareil, dont on a continué l'usage pendant huit mois. Le redressement a toujours été incomplet, et l'opérateur lui-même a pensé qu'une nouvelle opération était nécessaire.

M. Bouvier désire particulièrement avoir l'avis de ses collègues sur les points suivants :

1° Peut-on espérer la guérison de cette enfant par le seul traitement mécanique ?

2° Faut-il, au contraire, opérer de suite, et dans ce cas doit-on diviser les deux faisceaux du muscle dans leur totalité, autant que possible, par la méthode sous-cutanée, bien entendu ?

3° La veine jugulaire externe serait-elle un obstacle à cette section totale, et peut-on éviter sa lésion par un procédé particulier ?

Ce vaisseau longe le bord postérieur du muscle et ne le quitte qu'à 1 centimètre et demi de la clavicule; un rameau de la même veine croise obliquement la face superficielle du muscle sterno-mastoïdien.

M. Guersant craint que dans un cas aussi ancien il n'y ait déjà une déformation des vertèbres cervicales. On voit en effet, dans des cas semblables, le corps de ces os tassé, affaissé, diminué de hauteur du côté de l'inclinaison ; de telle sorte que l'opération pourra améliorer la position, mais ne permettra pas sans doute son redressement complet. Il ne faudrait donc pas compter beaucoup sur une cure radicale.

Les moyens orthopédiques qui ont suivi l'opération n'ont pas été prolongés assez longtemps ; huit mois sont insuffisants, et les appareils doivent être continués pendant quinze à dix-huit mois. L'opération, au reste, peut être faite sans danger et sans inconvénients. Il faudra faire deux ponctions, une pour chaque faisceau, afin de mieux éviter la veine. On fera bien de redresser mécaniquement le cou par les moyens orthopédiques avant de faire la section.

M. Huguier est d'un avis opposé. Pour lui, l'opération peut être pratiquée immédiatement ; on évitera sûrement la veine en faisant la section tout contre la clavicule, puisque le vaisseau s'en écarte à une distance d'un centimètre et demi. Les moyens mécaniques achèveront la cure.

M. Bouvier croit la méthode sous-cutanée dangereuse si on faisait la section au voisinage immédiat de la clavicule, non pas à cause de la veine jugulaire externe, mais bien à cause de la jugulaire interne ; en effet, d'après de nombreuses expériences faites sur le cadavre, il s'est assuré qu'il était très difficile de couper dans ce point la totalité du muscle par la méthode sous-cutanée sans blesser les vaisseaux profonds, quand le muscle n'est pas très tendu, comme cela existe dans le cas actuel.

Quant à la déformation des vertèbres, M. Bouvier la redoute moins que M. Guersant ; il la croit peu prononcée dans le fait présent. Il a eu l'occasion de disséquer le cou d'un jeune homme de vingt ans atteint d'un torticolis congénial, et chez lequel une seule vertèbre cervicale était affaissée. Un résultat complet n'est donc pas impossible.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Saurel (de Montpellier) adresse une note sur l'*emploi topique de la teinture d'iode dans le traitement de la pourriture d'hôpital*. M. le secrétaire général en donnera communication dans une des prochaines séances.

— M. le docteur Beauclair adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse (*Exposé d'un nouveau mode de rupture de l'ankylose de la hanche*).

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Prescott Hewett, membre correspondant, le tome VI des *Transactions de la Société pathologique de Londres*.

M. le président charge M. le secrétaire général de remercier tout particulièrement M. Prescott Hewett, pour l'empressement qu'il n'a cessé de montrer pour faciliter toutes les relations scientifiques de la Société.

Travaux originaux. — M. Bourguet (d'Aix) lit un mémoire sur les *luxations de l'humérus en haut*.

— M. Goyrand (d'Aix) montre un petit appareil, sorte de spatule linguale, qu'il a employé dans l'opération du bec-de-lièvre avec absence de voûte palatine.

Cet appareil se compose d'une pièce courbe solide destinée à s'ap-

pliquer sur le menton, elle porte à ses extrémités des cordons qui la fixent en s'attachant sur le sommet de la tête et derrière le cou; sur le bord supérieur de la pièce mentonnière vient se fixer une lamelle d'ivoire horizontale, de 5 à 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur, et qui, introduite dans la bouche, est destinée à s'appliquer sur la face supérieure de la langue, à la maintenir par conséquent sur le plancher de la bouche et à l'empêcher de s'introduire dans la fente palatine. Il a été conduit à l'emploi de cet appareil par l'observation suivante: Quand on a opéré le bec-de-lièvre et que la suture est enlevée, on voit quelquefois la réunion, qui s'était effectuée heureusement, se détruire peu à peu de haut en bas; l'écartement commence par l'extrémité supérieure de la cicatrice, au voisinage du nez.

Dans un cas de ce genre, M. Goyrand vit que la langue en était la cause. En effet, la pointe de cet organe, portée en avant à travers la fente palatine, venait presser incessamment sur la partie supérieure de la réunion et finissait par la détruire d'abord en haut, puis jusqu'au bord libre; il fallait donc empêcher ce mouvement, c'est-à-dire tenir la langue abaissée. Une nouvelle opération pratiquée avec l'aide de la spatule linguale eut un plein succès.

M. Broca a fait la même remarque que M. Goyrand, et il a cherché aussi à remédier à cet inconvénient. Pour cela, il a profité du point d'appui fourni par l'épingle nasale recommandée dans le bec-de-lièvre double par M. Phillips, et qui a, comme on le sait, pour action de rapprocher les deux ailes du nez, qui sont fortement écartées et aplaties. Il a même substitué à l'épingle simple l'aiguille à pas de vis imaginée par M. Thierry pour le bec-de-lièvre.

Quoi qu'il en soit de l'instrument mis en usage, la tige métallique se voit transversalement dans chaque narine. Elle sert à fixer deux fils, dont une extrémité pend à l'intérieur, tandis que l'autre passe par la fente palatine pour ressortir par l'ouverture buccale. Ces deux derniers chefs sont fixés au bord d'une petite lamelle de caoutchouc, qui, entraînée en haut par la traction des fils, vient s'appliquer sur la face postérieure de la lèvre réunie, et protége ainsi la suture contre l'action de la langue. L'autre extrémité de la lamelle est également fixée par les deux chefs extérieurs, et elle vient recouvrir, au contraire, la face antérieure de la lèvre. Celle-ci, avec ses points de suture, se trouve en résumé renfermée dans une sorte de gouttière en caoutchouc, dont le fond correspond à son bord libre, et dont les deux bords montent jusqu'à l'ouverture des narines, aussi bien à l'extérieur qu'à la face profonde. Ce procédé garantit très bien la suture contre l'action de la langue, et

dans le cas où il l'a mis en usage, M. Broca lui attribue une part incontestable dans le succès.

Il y a également une modification utile à suivre dans la situation des épingles à suture. Au lieu de ne comprendre entre elles qu'une partie de l'épaisseur des bords de la lèvre, il est préférable qu'elles ne soient nullement en contact avec la plaie. Pour cela, il faut traverser la lèvre de part en part à une certaine distance des bords saignants. Lorsque la réunion est effectuée, les épingles sont donc visibles à la face postérieure de la surface muqueuse dans une certaine étendue.

On pourrait craindre que ce procédé fît bâiller en avant les deux bords saignants; mais cet inconvénient est corrigé par la pression qu'exercent en avant les anses de fil de la suture. En agissant ainsi, on rend plus modérée l'inflammation des surfaces avivées, et moins irritante la présence des tiges métalliques.

M. Guersant a eu également l'idée de protéger la suture avec une plaque appliquée à la face postérieure de la lèvre.

M. Denonvilliers a depuis bien longtemps songé à prévenir le passage des moyens de suture à travers les lèvres de la plaie. Il imagina donc le mode de réunion suivant : on placerait sur chaque face de la lèvre une petite plaque percée de trous à ses extrémités, et à travers lesquels on engagerait des fils parallèles aux surfaces avivées, et par conséquent fort éloignés d'elles. Cette idée, qui n'a pas encore été mise à exécution, a été communiquée autrefois à M. Guersant, qui aura peut-être trouvé l'occasion de l'appliquer.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Cloquet met sous les yeux de la Société une série de très beaux dessins et de pièces de concrétions de l'intestin ou d'autres cavités muqueuses recueillies soit chez les hommes, soit chez les animaux. Cette collection, extrêmement complète, renferme des pièces tirées des divers musées de l'Ecole de médecine, du Val-de-Grâce, de l'Ecole d'Alfort.

— M. le docteur Berhend soumet à la Société un grand nombre de spécimens de difformités obtenus au moyen de la photographie. Dans plusieurs cas ces planches ont été prises avant et après le traitement. Ce chirurgien donne verbalement des détails sur les faits principaux.

— M. Vidal montre un testicule atteint d'une affection maligne, et qui est complétement dégénéré. La maladie n'existait que d'un côté, et toute sa marche, tous ses symptômes indiquaient une tumeur cancé-

reuse. La pièce a été examinée par M. Godard, interne du service, et par M. Robin, qui n'y ont trouvé que du tubercule. Or, M. Vidal persiste à croire que l'affection est maligne, et il affirme qu'elle récidivera, et qu'elle récidivera en cancer. Il prie donc M. Verneuil d'en faire de nouveau l'examen microscopique, afin d'y rechercher la cellule cancéreuse, qui doit nécessairement s'y trouver, si cette cellule est une vérité. Si le microscope ne la retrouve pas ou dit autre chose, c'est que le microscope se trompe.

M. Debout. M. Vidal vient de citer encore un fait pour appuyer la loi générale qu'il a émise, en vertu de laquelle une tumeur bornée à un seul testicule, et ayant les apparences malignes, est nécessairement un cancer. Ce n'est point par des raisonnements qu'on tranchera cette question, mais par des faits. Il en a observé récemment un contradictoire. Un homme de soixante-quatorze ans portait depuis quelques mois une tumeur du testicule, qui, vue par beaucoup de praticiens, et en particulier par M. Velpeau, avait été jugée cancéreuse. M. Debout employa l'iodure de potassium, et au bout de six semaines la guérison était complète.

Il y a de plus des cas incontestables de double sarcocèle cancéreux; ils ont été cités dans les *Bulletins* de la Société.

M. Verneuil. M. Vidal demande un nouvel examen microscopique, afin que la cellule soit découverte quand même, si cette cellule est uno vérité. Or, cet examen n'a vraiment pas d'utilité dans la position où se place M. Vidal; car il sera impossible de le convaincre. En effet, MM. Godard et Robin n'ont trouvé que des tubercules et point de cancer. M. Vidal affirme, de son côté, que la tumeur est cancéreuse et récidivera en cancer. Si donc je ne trouve pas cette cellule de mon côté, c'est que le microscope se trompera; il n'a de chance d'obtenir créance que s'il donne raison à M. Vidal. Il est tout à fait impossible d'accepter un tel ultimatum.

Ankylose traumatique de la hanche à la suite d'une fracture du col du fémur par une balle qui s'est enclavée dans l'os. — M. Larrey présente une pièce anatomique donnée par lui au musée du Val-de-Grâce, et démontrant, plus qu'aucun autre peut-être, les ressources de la nature aidée d'un traitement méthodique pour la conservation du membre, dans les blessures graves de la partie supérieure de la cuisse par armes à feu.

Un soldat de l'armée d'Egypte avait été atteint, au siége de Saint-Jean-d'Acre, par une balle qui pénétra dans la région antérieure de la hanche gauche, en fracturant le col du fémur à sa base.

Les signes caractéristiques de la lésion et les chances d'accidents à craindre par la présence et l'enclavement du projectile dans la profondeur de la plaie auraient justifié la désarticulation immédiate de la cuisse, si l'absence de toute hémorrhagie n'avait encouragé le chirurgien en chef de l'armée à temporiser en appliquant un appareil contentif, pour assujettir le membre dans l'extension. Le résultat dépassa son attente ; nulle complication sérieuse ne survint, et le blessé, évacué sur le Caire, y acheva sa guérison en conservant la rectitude de sa jambe, sauf un peu de raccourcissement et une ankylose de la hanche. Il se retira ensuite en Belgique, où il vécut encore une trentaine d'années, et mourut à Bruxelles.

L'autopsie permit de conserver la pièce anatomique, dont M. Seutin fit hommage à Larrey père, et c'est ainsi qu'elle se trouve présentée aujourd'hui à la Société par M. Larrey fils.

Le fémur ayant conservé une direction et une rectitude parfaites, est complétement soudé à l'os iliaque par une sorte d'étui osseux, éburné, qui immobilise l'articulation sans augmenter sensiblement le volume du col du fémur, et sans laisser d'autre trace de la fracture qu'un léger sillon oblique sur le col.

La balle enfin se trouve si fortement enclavée dans l'épaisseur du fémur, à la région antérieure des trochanters, que malgré sa surface inégale et saillante elle ne peut même être ébranlée sur place.

M. Cloquet a vu un lieutenant général qui, à la suite d'un coup de feu, avait une balle enclavée dans la partie supérieure du fémur. La santé était bonne ; le malade montait fort bien à cheval ; en somme, le projectile n'amenait pas grande gêne. M. Cloquet conseilla donc de n'en point tenter l'extraction.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Aristide Verneuil.

Séance du 24 novembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bras artificiel. — M. Larrey présente à la Société un homme amputé du bras gauche, auquel M. de Beaufort a adapté un membre artificiel de son invention. Ce n'est encore qu'un modèle à l'essai, mais

il semble réunir les conditions de mobilité naturelle pour les cas d'amputation au-dessus du coude. Voici en quoi consiste ce bras mécanique :

Une gaîne en cuir épais s'adapte au moignon et s'attache à l'épaule ; elle est largement échancrée ou interrompue au-devant du coude, articulée en ginglyme, avec une autre gaîne figurant l'avant-bras, comme dans l'appareil d'ailleurs connu depuis longtemps.

Mais au lieu d'un corsage analogue à celui que Græfe avait indiqué, ou à celui de M. Van Peetersen, corsage auquel se fixent des points d'appui tels que des cordes à boyau, pour faire mouvoir le bras, l'avant-bras et même la main dans des sens déterminés, M. de Beaufort unit à la face interne et supérieure du bras mécanique une pédale métallique mobile pressant sur une plaque adaptée à la poitrine, près de l'aisselle, et agissant sur un ressort pour fléchir l'avant-bras par une simple adduction du bras.

Quant à la main, les doigts s'écartent ou se rapprochent du pouce à l'aide d'une corde à boyau qui, attachée à la bretelle, agit dans un sens déterminé par l'élévation de l'épaule.

Mais M. Larrey fait observer que si le mécanisme des mouvements du coude est ingénieux, simple et facile, celui des mouvements de la main laisse encore beaucoup à désirer. Il croit, et sauf avis meilleur, il a conseillé à M. de Beaufort d'utiliser l'heureuse idée conçue par M. Rigal (de Gaillac), appliquée par lui-même d'abord, et perfectionnée récemment par M. Duchenne (de Boulogne), pour les cas de paralysie partielle de la main; à savoir, d'adapter à chacun des doigts mécaniques des cordonnets en caoutchouc, dont l'extrémité libre offrirait une anse ou une boutonnière facile à fixer au vêtement de la poitrine, et dont les tractions plus ou moins fortes produiraient des mouvements proportionnels de flexion et d'extension.

M. de Beaufort paraissant adopter le système de cette main mécanique, en confiera l'exécution à M. Charrière, qui a déjà confectionné, d'après lui, un pied artificiel fort simple, dont M. Larrey a rendu compte à l'Académie de médecine (1).

— M. Huguier fait quelques réflexions sur une des concrétions présentées dans la séance dernière par M. Cloquet. Il s'agit d'une masse de poils fins mélangés d'épingles, et qu'on dit s'être développée dans la cavité utérine. M. Huguier croit d'abord, relativement au siége, que cette production était située non pas dans l'utérus, mais bien dans le

(1) Rapport sur un pied artificiel de M. de Beaufort. (*Bulletin de l'Académie*, t. XVII, p. 66.)

vagin. Quant à sa nature, les poils ne pouvant provenir ni d'une grossesse extra-utérine ni d'un kyste pilifère, et étant d'ailleurs parsemés d'épingles, il est probable qu'il s'agit plutôt d'une pelote formée de bourre, et qui a été placée dans le vagin pour servir de pessaire.

M. Houel combat cette interprétation, et se propose de démontrer, avec la pièce en main, l'opinion émise par M. Cloquet.

— M. le docteur Plouviez (de Lille), membre correspondant, est présent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. Broca remet à la Société, au nom de M. le docteur Stilling (de Cassel), trois mémoires :

1° *Sur l'enlacement des artères;*

2° *Sur la formation d'une pupille artificielle au niveau de la sclérotique;*

3° *Sur le traitement des rétrécissements de l'urètre par l'incision.*

Des remercîments sont adressés à l'auteur do ces mémoires.

— M. Denonvilliers prend la parole pour exposer un nouveau mode de pansement des plaies ouvertes ou qui suppurent. Il s'agit de la glycérine. Ce corps a été depuis longtemps extrait des corps gras; mais il avait été en quelque sorte oublié, quand il fut étudié de nouveau par M. Chevreul. Plus récemment, M. Cap s'est occupé à son tour de son mode de préparation, de ses usages pharmaceutiques et de ses propriétés dissolvantes. Restée jusqu'ici sans emploi, la glycérine est produite en grande quantité dans les fabriques de bougies stéariques et dans les savonneries. C'est un corps neutre, onctueux comme une solution de gomme, d'une saveur sucrée, inaltérable à l'air, soluble dans l'eau en toutes proportions, et dissolvant à son tour un grand nombre de substances, entre autres le tannin, l'iodure de potassium, etc. M. Cap a indiqué déjà un certain nombre d'applications de la glycérine à la médecine; mais M. Denonvilliers ne s'en occupera pas, et ne parlera que de son usage dans le traitement des plaies.

Les pansements, en général, sont, en chirurgie, une chose fort importante; il en existe un grand nombre qui tous ont leur utilité, soit pour diverses plaies, soit même dans les phases d'une même plaie; car il est rare que pendant la cure il ne soit pas indiqué d'employer plusieurs modes de pansement. Il faut donc utiliser, suivant les cas, les bandelettes, les serres-fines, le pansement par occlusion, l'eau froide, l'eau chaude, le vin aromatique, la charpie sèche, les onguents divers, etc.

Indépendamment de ces pansements spéciaux, il en est un d'un usage très général qu'on applique à presque toutes les plaies, et qui est connu sous le nom de pansement simple; il s'exécute lui-même de deux manières. Quand M. Denonvilliers a commencé ses études, il voyait Roux employer les plumasseaux enduits de cérat, tandis que Dupuytren couvrait les plaies d'un linge fenêtré recouvert du même corps, et sur lequel on place de la charpie sèche. Le cérat intervient toujours comme corps isolant. Or, la glycérine doit remplacer le cérat, qui a fini son temps.

Voici comment on emploie cette substance: on en verse une certaine quantité dans un plateau creux, puis on y trempe le linge fenêtré ou la charpie; on peut en verser quelques gouttes sur la plaie, et le tout se fait très proprement, sans salir ni les doigts, ni le linge, ni les vêtements.

Lorsqu'on veut enlever l'appareil, les pièces n'adhèrent pas à la plaie plus que le linge cératé. Quand la suppuration est très abondante, tout est imbibé et s'enlève en une seule masse. La plaie et ses environs restent nets, et au bout d'un pansement quotidien continué pendant un mois, les bords sont aussi propres que le premier jour.

La guérison des plaies est-elle plus rapide par ce mode de pansement? Sans pouvoir le démontrer d'une façon péremptoire, M. Denonvilliers en est convaincu; il lui semble que la cicatrisation marche plus vite. Dans tous les cas, les plaies ont un bien meilleur aspect, et cela est d'autant plus frappant, qu'à l'hôpital Saint-Louis elles ont en général une assez mauvaise apparence, qui fait croire à ceux qui n'en sont pas prévenus qu'elles sont toutes de mauvaise nature.

La glycérine a-t-elle par elle-même des propriétés spéciales, une action particulière sur les plaies? Cela n'est pas probable; c'est une substance inerte, mais qui agit surtout grâce à l'extrême propreté qu'elle conserve aux solutions de continuité. Cette condition paraît à M. Denonvilliers de la plus haute importance; il ne néglige aucun moyen de la remplir, et c'est aux soins minutieux qu'il observe que sont dus, suivant lui, les remarquables succès qu'il obtient dans les amputations. Ces succès sont si marqués, qu'ayant fait des amputations dans tous les hôpitaux de Paris, il n'a pas perdu un seul opéré pendant une période de douze années.

Le cérat est aussi un corps mixte sans action spécifique sur les plaies, mais qui a le grand désavantage de salir leurs bords dans une grande étendue. Au bout de trois ou quatre jours il se fait une accumulation de cérat, de pus, d'épiderme, qui forme une croûte épaisse,

adhérente, qui irrite singulièroment la peau et retarde la guérison. Si l'on veut obtenir dans ce cas cette propreté si nécessaire, il faut, avec une spatule, détacher laborieusement l'enduit gras, et, quelque précaution que l'on prenne, on enlève en même temps la mince pellicule épidermique cicatricielle qui recouvre les bords en voie de réparation.

Avec la glycérine, rien de semblable n'a lieu ; la peau voisine, restant saine et intègre, remplit toutes ses fonctions, et on ne saurait s'imaginer jusqu'à quel point cette intégrité fonctionnelle est favorable au travail de la cicatrisation ; jamais, depuis un mois et demi que l'usage de la glycérine a été généralisé à l'hôpital Saint-Louis, M. Denonvilliers n'a observé d'accidents au voisinage des plaies, dont le pansement est rendu d'ailleurs et plus simple et surtout plus expéditif.

Au point de vue économique comme au point de vue curatif, ce n'est pas une chose de minime importance que d'abréger la cure des plaies, ne fût-ce que de deux ou trois jours sur vingt ou trente. Si on additionnait sur une grande échelle le temps qu'on gagne ainsi, on serait frappé du résultat.

M. Demarquay a essayé la glycérine non-seulement dans les plaies simples, mais encore dans les plaies compliquées de pourriture d'hôpital, et après avoir épuisé en vain les moyens les plus énergiques, il a obtenu par cet agent des résultats très avantageux. Il a eu également à s'en louer dans le traitement des chancres du gland, du prépuce et du frein ; quelques brins de charpie trempés dans la glycérine constituent tout le pansement ; puis encore dans les bubons syphilitiques incisés ; enfin, des injections de glycérine dans des trajets fistuleux, des tampons appliqués sur la surface du col de l'utérus dans les cas d'ulcération, ont été regardés aussi comme fort utiles.

Restreignant sa communication et ses affirmations aux plaies simples exposées, M. Denonvilliers ne conclut rien relativement à ces dernières applications de la glycérine, qui lui paraissent d'une utilité beaucoup moins démontrée.

M. Cap, dans ses recherches, a enseigné encore l'usage utile de la glycérine dans quelques affections cutanées pour la cure desquelles elle a été déjà préconisée par MM. Trousseau et Bazin. Il a également démontré qu'on pouvait tirer parti de la propriété qu'a ce corps de dissoudre en toute proportion le tannin, l'iodure de potassium, etc., etc. Mais M. Denonvilliers laisse pour le moment ces faits de côté, aussi bien que les tentatives faites par M. Demarquay pour utiliser la matière en question dans la conservation des substances alimentaires.

M. Larrey. Notre savant collègue M. Denonvilliers, en proclamant

les avantages de la glycérine d'après l'expérimentation qu'il en a faite, me ferait partager volontiers sa confiance, s'il ne me paraissait trop exclusif dans l'emploi de cette substance. Il veut la substituer d'une manière absolue et définitive au cérat, qui ne devrait pas cependant être abandonné tout à fait, ne fût-ce qu'en souvenir des longs services qu'il a rendus aux pansements.

J'essaye aussi la glycérine au Val-de-Grâce, depuis la communication adressée par M. Demarquay à l'Académie des sciences; j'en ai même étendu l'application à tous les cas de mon service, plaies récentes ou anciennes, ulcérations, fistules, etc., afin d'en constater plus vite les résultats, et de les faire connaître au conseil de santé, qui me les a officiellement demandés.

Mais à part le cérat, qui pourrait, je n'en doute pas, être remplacé souvent et avec avantage par la glycérine, comme il le serait peut-être aussi par d'autres corps oléagineux, tels surtout que l'huile d'olives ou d'amandes douces, il est d'autres topiques dont les anciens chirurgiens faisaient plus d'usage que nous dans les pansements, et que pour ma part j'emploie beaucoup par tradition paternelle : je veux parler des onguents digestifs, et spécialement de l'onguent styrax, pour modifier favorablement les plaies dont la suppuration est de mauvaise nature.

Je dirai enfin, à propos des pansements, et comme question incidente, que M. Denonvilliers attribue à tort l'usage primitif du linge fenêtré à Dupuytren. Il me permettra de lui rappeler que mon père en avait fait l'application, dès 1792, aux blessés de l'armée du Rhin, dans le même temps qu'il organisait les ambulances volantes. C'est alors que se trouvant dépourvu d'une quantité suffisante d'objets de pansements, cérat, charpie et compresses, il fit trouer à jour des pièces de linge découpées ensuite en morceaux, puis imbibées d'huile, de vin, ou simplement d'eau, selon les cas, et recouvertes ainsi, sans inconvénient, de mousse, d'herbes, de feuilles ou d'étoffes diverses. Telle fut l'origine du linge fenêtré.

M. Cloquet a vu, vers 1806, le linge fenêtré s'introduire au Val-de-Grâce ; cette innovation venait des hôpitaux militaires du Nord. Souvent il a employé pour panser les plaies simples le styrax et l'huile d'amandes douces, qui se rapproche aussi de la glycérine. Quant aux inconvénients qu'on vient d'attribuer au cérat, ils ne sauraient être contestés.

M. Demarquay a observé à Saint-Louis une épidémie de pourriture d'hôpital très sérieuse. Un jeune homme affecté d'une brûlure de la jambe par de la fonte en fut le premier atteint, et bientôt le mal se

propagea à la plupart des plaies du service. Le quinquina et un régime tonique à l'intérieur, le jus de citron, le vin aromatique, et jusqu'aux cautérisations énergiques avec l'acide nitrique monohydraté et le fer rouge, tout fut mis en usage et sans succès. Déjà il avait vu Blandin chercher un succédané du cérat, accusé par lui de donner des érysipèles. Il songea donc à la glycérine. Il arrosa et recouvrit avec des plumasseaux imbibés de la même substance plusieurs des plaies affectées de pourriture ; au bout de deux ou trois jours, toutes ces plaies étaient guéries. Si c'est une simple coïncidence, il faut convenir qu'elle est au moins bien heureuse. Dès lors l'usage de ce topique fut étendu à des ulcérations de mauvais aspect dans la bouche, à des ulcères syphilitiques, à des bubons ouverts ; toutes ces plaies se détergèrent très vite, ce qui semble indiquer une certaine action locale qu'on comprend, du reste, quand on se rappelle la saveur astringente et piquante de cette substance et les légères sensations d'ardeur qu'elle excite momentanément dans les plaies.

La glycérine a peut-être une influence sur l'érysipèle, car avec elle cet accident est très rare ; il n'est survenu qu'une fois après une amputation du sein ; mais la rougeur ne s'est pas étendue, et a paru s'arrêter sous l'influence de la glycérine.

Cette substance modifie d'une façon incontestable la quantité de la suppuration. Dans le commencement des expériences, il est arrivé certains jours que la glycérine a manqué ; le lendemain toutes les plaies rendaient plus de pus, et avaient moins bon aspect sous l'influence du pansement au cérat.

M. Denonvilliers n'a pas voulu attribuer à Dupuytren l'invention du linge fenêtré, dont l'auteur, au reste, ne lui était pas connu ; il a seulement voulu dire que ce chirurgien, contrairement à Roux, employait toujours cette espèce de pansement.

Il ne veut proscrire ni le styrax ni l'onguent digestif, il les emploie lui-même ; mais ce sont de véritables médicaments ayant une action déterminée, et qui sont trop actifs pour convenir à toutes les plaies. Il pose en principe que la cure des plaies simples doit, autant que possible, être confiée aux seules forces de la nature ; moins on y fait, et mieux cela vaut. Une simple compresse trempée dans l'eau fraîche est un excellent mode de pansement. C'est probablement à l'absence de toute propriété active que la glycérine doit ses bons effets.

M. Giraldès a vu employer à Londres la glycérine dans les maladies des yeux par M. Bowmann. Quand ce chirurgien veut cautériser quelques points de la cornée et garantir le reste de cette membrane contre

l'action du nitrate d'argent, il le recouvre de glycérine. Les journaux étrangers mentionnent à chaque instant cette substance ; il faudrait rechercher si elle n'a pas été encore employée au pansement des plaies. Lui-même l'a essayée récemment à la Charité ; grâce à son emploi, les plaies restent très propres, la charpie se détache sans peine, l'épiderme de nouvelle formation n'est pas entraîné : tout cela est donc exact.

M. Debout. On semble oublier que depuis dix ans au moins la glycérine est employée en médecine. Un professeur de clinique de maladies cutanées s'en est d'abord servi en 1842 ; puis elle a été encore utilisée dans la xérophthalmie , dans les affections granuleuses du pharynx pour soulager la sécheresse incommode de l'arrière-gorge. M. Debout s'en est servi pour panser des chancres et des balano-posthites récentes : les malades ont énormément souffert, et se sont refusés à continuer ce pansement. Cela ferait supposer que cette substance convient plus particulièrement dans la période terminale des plaies.

Depuis trois ans M. Aran l'a expérimentée en injections dans le vagin et l'utérus , mais il n'en a rien obtenu. Sa propriété la plus remarquable est de dissoudre le tannin, l'iodure de potassium en toutes proportions ; mais l'eau simple agit de même. Il ne faut pas oublier l'histoire de la glycérine, et faire dater son étude des travaux tout récents de M. Cap.

M. Chassaignac a injecté de la glycérine dans le canal de l'urètre; il l'a associée au borax pour faire des collutoires ; il a remarqué que cette substance s'altère facilement , car un de ses malades lui montra un jour un gargarisme à la glycérine destiné à traiter une stomatite, et qui avait l'odeur infecte de l'huile à quinquet.

Quant à tous les autres avantages de la glycérine , M. Chassaignac n'a pu en juger faute d'expérience , par la raison que jusqu'à présent, et après douze ans d'usage, il les a toujours réalisés, grâce au pansement par occlusion. Les plaies ainsi traitées sont toujours vermeilles , recouvertes de bourgeons de bonne nature. Après l'avoir mis en usage dans tous les hôpitaux de Paris , y compris les plus insalubres , il n'a jamais une seule fois observé ni érysipèles , ni phlegmons , ni pourriture d'hôpital. Il semble donc que le diachylon, qui en bandelettes isolées amène parfois tous ces accidents , les prévienne au contraire quand il est disposé en cuirasse.

M. Larrey fait observer que les cas de *pourriture d'hôpital* dont la guérison est attribuée à la glycérine devraient être spécifiés dans leur forme et dans leur gravité ; car, sans rappeler la distinction essentielle établie à cet égard par quelques-uns de nos maîtres , et notamment

par Delpech, s'il s'agit seulement de l'ulcération toute locale et superficielle des plaies constituant la forme légère et bénigne de la pourriture d'hôpital, elle peut être favorablement modifiée par la glycérine, comme par beaucoup d'autres topiques. Et c'est là, du reste, ou à peu près la seule espèce observée dans les conditions nosocomiales les plus ordinaires, dans les hôpitaux civils, par exemple, où cette affection se montre soit à l'état sporadique, soit à l'état endémique.

Mais la *pourriture d'hôpital* vraiment épidémique et même contagieuse, celle qui se développe sous l'influence de l'encombrement et des causes débilitantes, celle que l'on a aussi appelée *gangrène des hôpitaux*, *typhus traumatique*, etc., parce qu'elle envahit toutes les plaies et les ulcères profondément, à mesure qu'elle détruit tous les tissus, en entraînant la mort de la plupart des blessés ou des amputés, celle-là, de forme grave et maligne s'il en fut, ne s'observe en réalité que dans des conditions exceptionnelles, mais comparables à celles du typhus, surtout dans les hôpitaux militaires, comme on l'a vu récemment encore à Constantinople.

Or cette forme si redoutable de la pourriture d'hôpital résisterait certainement à la glycérine, comme à d'autres ressources de la thérapeutique et quelquefois même de l'hygiène.

M. Cullerier *glycérise* toutes les plaies, mais jusqu'à présent il ne peut rien dire de certain sur la valeur de cette pratique; il demande donc formellement que la discussion soit remise à deux mois, afin que chacun puisse apporter ses faits et son expérience. Quoique appuyée par plusieurs membres, cette proposition n'est point acceptée par la Société, et la discussion continue.

M. Demarquay maintient tout ce qu'il a avancé; il ajoute que les détails dans lesquels on vient d'entrer étaient nécessaires au point de vue même des expériences que chacun devra faire. M. Debout ne rend peut-être pas assez justice à M. Cap, qui a eu le mérite de résumer tout ce qu'on savait sur la glycérine.

M. Denonvilliers répète encore qu'il a mis de côté et à dessein tout ce qui était relatif aux applications déjà connues de la glycérine pour concentrer l'attention sur son usage dans les plaies simples qu'on panse ordinairement à plat. Pour toutes les autres lésions chirurgicales, il réserve complétement son jugement.

M. Cloquet. Il ne faudrait pas conclure de ce que la glycérine est neutre et paraît inerte qu'elle est sans action sur les plaies; peut-être elle agit comme un vernis, comme un enduit isolant, et, s'il y a quelque chose de vrai dans l'opinion qui avance que l'air peut servir de

véhicule à la contagion de la pourriture d'hôpital, cette substance favoriserait probablement la guérison en soustrayant les plaies au contact des molécules inoculables.

M. Broca, répondant d'abord à M. Chassaignac, déclare ne vouloir point nier les bons effets qu'on peut retirer dans certains cas des pansements par occlusion. Il a quelquefois recours à ce mode de pansement, mais il n'a pas en ce moyen une confiance aussi complète que son collègue. M. Chassaignac dit, entre autres choses, n'avoir jamais vu l'érysipèle se manifester autour des plaies pansées par occlusion; or M. Broca, ayant eu l'occasion au mois d'août 1854 de remplacer M. Chassaignac dans son service à l'hôpital Lariboisière, a recueilli alors une observation qui prouve que l'application des cuirasses de sparadrap ne met pas à l'abri de l'érysipèle. M. Chassaignac avait enlevé quelques jours auparavant une volumineuse tumeur du sein, et avait pansé la plaie par occlusion. Un érysipèle se développa sous la cuirasse, que M. Broca dut enlever quelques jours plus tard. Cet érysipèle fit des progrès rapides, se propagea à la région dorsale et à la région lombaire, se compliqua de phlegmon diffus, et se termina par la mort. Ce fait est exceptionnel sans doute, mais il sera bon d'en tenir compte à l'avenir.

J'arrive maintenant, continue M. Broca, à la question de la glycérine. Je ne suis pas partisan de l'immobilité en matière de chirurgie, et j'accueille avec plaisir les innovations; mais je me méfie des panacées. Si la glycérine ne se présentait que comme un topique inerte destiné à remplacer le cérat classique, elle serait la bienvenue. Il est reconnu aujourd'hui que les plaies guérissent toutes seules, que le cérat n'a aucune propriété spéciale, et qu'il est simplement destiné à permettre d'enlever aisément les pièces de pansement. Qu'on puisse remplacer le cérat par une autre substance, cela n'est pas douteux. Mayor pansait les plaies avec une mousseline fine imbibée d'huile ordinaire; ce pansement est commode, parce qu'on trouve de l'huile partout. J'y ai quelquefois recours dans la pratique privée. L'huile a même l'avantage de tenir les bords des plaies plus propres en évitant les dépôts, que le cérat forme quelquefois en se desséchant sur l'épiderme. La glycérine a le même avantage, et, si elle n'avait pas d'autres prétentions, je n'aurais rien à dire. Mais elle ne s'annonce pas seulement comme une substance inerte à propriétés négatives. Elle guérit la surdité, certaines maladies des yeux, certaines affections de la peau; les affections des gencives, les granulations du pharynx, les ulcérations et granulations du col de l'utérus, la balano-posthite, les chancres, les bubons

suppurés et les autres ulcères vénériens ; on l'injecte dans l'urètre et jusque dans l'utérus ; on l'administre à l'intérieur ; on lui accorde la propriété d'activer la cicatrisation des plaies, et même de guérir la pourriture d'hôpital. En un mot, cette substance devient une sorte de panacée, et il m'est impossible de croire tout ce qu'on en dit.

Relativement à la pourriture d'hôpital, je dirai que les faits de M. Demarquay ne me semblent pas démonstratifs. La pourriture d'hôpital que nous observons aujourd'hui n'a pas la gravité de celle que décrivent les auteurs classiques, et elle guérit très bien toute seule ; j'ai pu m'en assurer l'année dernière à l'Hôtel-Dieu lorsque je remplaçai M. Laugier. En quelques jours, quatorze malades couchés, salle Sainte-Marthe, dans le rang qui donne sur la Seine, furent atteints de cette complication, qui m'inquiéta d'abord beaucoup. J'eus recours à divers moyens hygiéniques et à des toniques variés, tels que la poudre d'alun et le jus de citron. Le moyen qui me parut donner le meilleur résultat fut la cautérisation avec l'acide chlorhydrique, et je n'appliquai le feu que dans les cas qui me parurent rebelles. Au reste, les accidents ne furent réellement sérieux que dans trois cas, et tous les malades guérirent, à l'exception d'un seul, chez lequel la pourriture d'hôpital avait pénétré dans les articulations du pied.

Parmi ces nombreux malades, il y en eut deux qui gardèrent très longtemps la pourriture d'hôpital, malgré tout ce que je pus leur faire. L'un était un amputé de jambe; j'avais pratiqué sur l'autre la résection du coude. J'eus recours vainement à plusieurs cautérisations de diverse nature, et même au fer rouge. La pourriture d'hôpital persistait toujours. Alors, voyant que la santé générale de ces deux malades était excellente et que leurs plaies ne se creusaient que très lentement, je pris le parti d'attendre. Je revins au pansement simple avec le cérat; quelques jours après les plaies se détergèrent spontanément et commencèrent à se cicatriser.

Je suis porté à croire que dans les cas de M. Demarquay la glycérine n'a eu, comme le cérat sur mes deux malades, d'autre avantage que de laisser en repos des plaies irritées par les cautérisations précédentes. Il est vrai que je n'ai pas eu l'occasion d'observer cette variété particulière de pourriture d'hôpital qui débute par des points noirs et dont il vient de nous parler.

M. Cloquet s'est demandé tout à l'heure comment la glycérine avait pu agir sur la pourriture d'hôpital, et il a paru disposé à croire que cette substance se bornait à soustraire les plaies au contact de l'air. Je pense comme lui que la pourriture d'hôpital se propage souvent par

l'action qu'exercent sur les plaies les miasmes contenus dans l'air, et j'en ai même acquis la preuve l'année dernière. Dès que la pourriture d'hôpital parut dans la salle Sainte-Marthe, je fis appliquer sur toutes les plaies de la salle, suivant le procédé d'occlusion imaginé par M. Laugier, une baudruche recouverte d'une couche de gomme arabique. A partir de ce moment la pourriture d'hôpital cessa de se propager. Mais il y eut deux malades qui ne purent profiter de ce moyen préservatif. L'un avait été opéré quelques jours auparavant de la fistule à l'anus; l'autre avait un vaste abcès de la région anale. L'application de la baudruche dans cette région n'étant point praticable, je fus obligé de faire continuer les pansements ordinaires, et bientôt ces deux malades furent atteints à leur tour de pourriture d'hôpital.

L'occlusion des plaies est donc un excellent moyen d'arrêter la propagation de la pourriture d'hôpital; mais lorsqu'une fois cet accident existe sur une plaie, l'occlusion ne remplit aucune indication particulière, et quand même il serait démontré, chose au moins contestable, que la glycérine protége mieux que le cérat les plaies contre le contact de l'air, il n'en résulterait pas que cette substance eût la propriété de guérir la pourriture d'hôpital, comme M. Demarquay croit l'avoir observé.

En résumé, je suis disposé à admettre que la glycérine, en sa qualité de substance inerte, vaut autant que le cérat dans le pansement des plaies. L'usage de cette substance est une petite modification dont la valeur et la commodité pourront être appréciées plus tard; mais plus les propriétés de cette substance sont négatives, et plus je me sens disposé à ne pas croire aux promesses multiples qu'on nous fait en son nom.

M. Boinet pense que la glycérine préserve les plaies à la manière des enduits imperméables, le collodion, les corps gras en général.

M. Debout. La glycérine n'est pas un corps gras ; mais elle possède au contraire à un très haut degré la propriété hygrométrique , c'est-à-dire la faculté d'absorber l'eau partout où elle la rencontre. Il n'a pas voulu déprécier les travaux de M. Cap , mais seulement faire observer que tout ce qu'on sait sur les applications de ce corps à la médecine nous vient d'Angleterre.

M. Chassaignac. M. Broca a cité un fait qui s'élève contre les assertions très absolues qu'il a formulées à l'égard du pansement par occlusion ; cependant ces assertions doivent être maintenues , mais expliquées. Le pansement par occlusion doit être surveillé avec soin , palpé, exploré tous les jours. Dès qu'on constate au-dessous de lui un

peu de douleur à la pression ou un peu de rougeur sur ses bords, on l'enlève. Si on négligeait ces précautions, et si on laissait le bandage en place quand même, on pourrait certainement observer des abcès, des phlegmons, des érysipèles ; mais avec de l'attention, cela n'arrive pas. On est donc en droit de dire que jamais le pansement par occlusion n'entraîne de complications.

Quant au fait cité par M. Broca, il n'est pas assez présent à l'esprit de M. Chassaignac pour qu'il puisse le discuter.

M. Forget. La discussion a été entraînée bien loin de son point de départ. M. Denonvilliers a affirmé que la glycérine accélérait la cicatrisation des plaies ; c'est sur ce point qu'il faut concentrer l'attention et diriger l'expérimentation.

M. Guersant croit qu'il faut se mettre en garde contre les panacées ; depuis un mois il emploie la glycérine ; il a remarqué, en effet, que les plaies sont très propres, mais il est loin de reconnaître que le mauvais aspect en est toujours corrigé.

M. Denonvilliers. M. Broca a tort de croire qu'il soit facile de tenir les plaies propres avec l'emploi du cérat, et que le détergement de ces mêmes plaies soit court ; il faut au moins un quart d'heure pour nettoyer convenablement un moignon d'amputation ; ce qui fait que dans un service d'hôpital on ne peut donner à toutes les plaies les soins qu'elles exigent.

Quant aux cas que M. Broca a cités comme appartenant à la pourriture d'hôpital, c'est une erreur : il suffit d'avoir vu une seule fois cette affection pour ne pas s'y méprendre. On admet beaucoup trop facilement cette complication des plaies, qui est extrêmement rare, et on prend pour telle certaines apparences sans gravité et qui ne méritent nullement ce nom.

Si l'aspect blafard des solutions de continuité suffisait pour dire qu'elles sont atteintes de pourriture d'hôpital, tous les blessés de l'hôpital Saint-Louis en seraient affectés ; or, malgré l'opinion généralement admise, jamais M. Denonvilliers n'a observé à Saint-Louis de véritable pourriture d'hôpital.

— M. Chassaignac montre diverses fractures recueillies sur un sujet de cinquante ans, qui a fait une chute d'un troisième étage. Tous les os du tarse d'un côté sont broyés, écrasés, sans que le tibia ni le péroné aient subi la moindre atteinte ; à l'autre extrémité du membre, on trouve une fracture verticale du sacrum et une fracture de l'os coxal ; cet os est divisé en trois fragments qui se rencontrent dans la cavité co-

tyloïde en suivant les lignes qui correspondent à la réunion des trois pièces de l'os iliaque. Ceci est remarquable eu égard à l'âge du sujet.

M. Broca fait remarquer que c'est comme cela que se présentent d'ordinaire les fractures de la cavité cotyloïde et du sacrum dans des chutes verticales. C'est la disposition contraire qui est l'exception.

— M. Debout présente, de la part de M. Ad. Richard, un couteau à cataracte à lame courbe sur le plat et à manche de plomb flexible. M. Ad. Richard se propose à l'aide de cet instrument, et il l'a déjà fait vingt-six fois, de pratiquer la kératotomie en commençant par le côté interne de l'œil.

Cette pratique a le double avantage:

1° De prévenir la fuite du globe en dedans;

2° De profiter pour la contre-ponction et le cheminement du couteau de l'évasement externe de l'orbite.

— M. Bourguet (d'Aix) montre une pièce provenant d'un genou déformé depuis très longtemps. Il est difficile de décider s'il s'agit d'une luxation ancienne avec ankylose ou d'une fracture du rebord antérieur de l'extrémité supérieure du tibia avec subluxation et fusion des os. Cette dernière hypothèse présente plus de fondement.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société, Dr A. Verneuil.

Séance du 5 décembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Al. Guérin présente un enfant de treize ans qui porte des enchondromes multiples aux deux mains et aux deux avant-bras. La maladie a débuté il y a six ans. Il demande l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération.

M. Giraldès. La main ressemble à celle de l'enfant dont parle Marc-Aurèle Séverin. Ces tumeurs se développeront, et il est à craindre qu'elles ne se ramollissent, n'ulcèrent la peau, etc. M. Giraldès n'hésiterait pas à enlever trois doigts.

— M. Guersant présente une tumeur de la voûte du crâne développée chez un très jeune enfant. Elle siége sur la bosse pariétale gau-

che, n'est pas réductible, ne communique point avec la cavité crânienne.

M. Morel-Lavallée. Le siége de la tumeur, l'irréductibilité, la mollesse, la fluctuation, l'existence d'un bourrelet dur, périphérique, indiquent clairement qu'il s'agit d'un céphalœmatome. Ces tumeurs guérissent très bien par les incisions grandes ou petites, par la compression, mais elles disparaissent aussi quand on les abandonne à elles-mêmes. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de s'abstenir.

— M. Giraldès, à propos du procès-verbal, annonce qu'il a lu dans un journal anglais que la glycérine avait été employée contre les crevasses des mains; puis en 1848, par M. Whately, contre les ulcérations du conduit auditif et des narines; qu'enfin on l'avait opposée aux écoulements des organes génito-urinaires; on y a songé également pour la conservation des préparations anatomiques, car on l'a mise en usage pour conserver quelques préparations microscopiques susceptibles de se dessécher, tels que les globules de sang.

— M. Chassaignac se propose dans une des séances suivantes d'exposer dogmatiquement les principes du pansement par occlusion.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur W. Sands Cox (de Birmingham) adresse une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commission : MM. Lenoir, Richet, Larrey.)

— M. le docteur Brulé (de Dijon) adresse une série de travaux manuscrits et imprimés à l'appui de sa candidature comme membre correspondant. (Commission : MM. Monod, Chassaignac, Demarquay.)

— M. le docteur Monceaux adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse sur le *cancer de la matrice*.

— M. Demarquay fait hommage à la Société d'une notice sur la gangrène blanche.

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. le professeur Alexandre Riberi (de Turin), un ouvrage italien en deux volumes intitulé : *Raccolta delle opere minori*, *con annotazioni e con la giunta d'argomenti inediti.*

Une commission, composée de MM. Denonvilliers, Marjolin et Larrey, rendra compte de cet ouvrage pour la candidature de M. Riberi au titre de membre correspondant étranger.

— La Société charge M. Deguise de lui fournir des nouvelles officielles de la maladie de M. Bérard.

LECTURE.

M. Gosselin donne lecture de son travail sur les fractures en V et les infections auxquelles elles donnent lieu. Dans ce travail, l'auteur, après avoir rappelé les dispositions anatomiques dont il avait été question dans plusieurs des séances précédentes, appelle l'attention sur la gravité spéciale de ces fractures cunéennes en V, dans les cas où il y a complication de plaie, et même dans ceux où cette complication n'existe pas. Laissant de côté pour le moment l'infection putride, qui peut être une conséquence tardive de la blessure, il montre que les sujets atteints de fractures qu'il a présentés à la Société sont morts les uns peu de jours après l'accident, les autres un peu plus tard, après avoir eu les symptômes d'une fièvre grave. Rapprochant ces accidents et cette mort, tantôt rapprochée, tantôt un peu plus éloignée de l'accident, de ce que l'on observe à la suite des amputations de jambe ou de cuisse, ou de blessures par armes à feu de ces mêmes parties, il se demande quelle est dans ces cas la cause de la mort. Comparant alors les symptômes observés chez tous ces blessés à ceux qui ont lieu dans la fièvre typhoïde, la fièvre pernicieuse, ou à la suite des plaies envenimées de toutes sortes, il est conduit, par l'analogie et le raisonnement, à cette première conclusion : que la maladie et la mort sont dues à une intoxication par des matières organiques putrides, comme on l'a admis déjà pour l'infection purulente et l'infection putride.

Passant ensuite à l'examen de la source et de la nature du poison, M. Gosselin arrive, par la comparaison des plaies des parties molles avec celles dans lesquelles les grands os sont intéressés, à cette seconde opinion : que sans doute les os fournissent l'élément dont la décomposition ou l'altération au contact de l'air donne lieu à la matière toxique, et que cet élément est la substance médullaire. En effet, dans les fractures en V, par le mécanisme de la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur, ou de la pression violente qui au moment de la torsion est exercée par le premier sur le second, la substance médullaire est plus écrasée, plus meurtrie, et par suite plus disposée à s'altérer consécutivement que dans les fractures transversales et obliques.

M. Larrey. Le travail de M. Gosselin semble devoir soulever une discussion, non pas sur la nature et l'anatomie pathologique des fractures en V ou en coin, mais d'abord sur la comparaison qu'il établit entre les conséquences graves de ces fractures et les lésions trauma-

tiques des os par des coups de feu, ainsi que les amputations des membres.

Un second point à examiner, c'est l'explication ou l'interprétation donnée par notre collègue au mécanisme des accidents mortels de ces sortes de fractures, accidents qu'il attribue à des altérations profondes de la moelle.

Mais avant que la discussion s'engage, je ferai observer qu'une grande analogie me semble exister, sous ce second point de vue, entre les opinions émises par M. Gosselin et les recherches faites par M. Tharsile Valette (notre correspondant actuel à Constantinople) dans le travail que j'ai déposé dernièrement en son nom sur le bureau, et dont M. le secrétaire général doit nous rendre compte aujourd'hui même.

Reste à savoir si le mémoire de M. Valette sur l'*Ostéo-myélite des amputés* doit être apprécié avant que la communication de M. Gosselin soit discutée.

M. Gosselin n'a pu prendre encore connaissance du travail de M. Tharsile Valette; il ignore par conséquent si ce chirurgien a établi une relation directe entre les altérations du tissu médullaire et les accidents très graves qui suivent les plaies des os; rapprochement qui n'a pas encore été fait par les auteurs classiques.

M. Larrey répond par l'affirmative.

M. Marjolin, qui se proposait de donner lecture du mémoire de M. Valette, s'en acquittera dans la séance prochaine.

M. Boinet fait une objection à M. Gosselin. Ce ne sont pas les plaies les plus larges qui sont le plus exposées à développer les accidents de la résorption purulente, et les plaies étroites ne sont pas à l'abri de cette complication. La gravité des plaies, sous ce point de vue, ne dépend pas de leur étendue, mais bien plutôt de la présence d'anfractuosités qui entraîne la stagnation, puis la viciation du pus. L'accès de l'air extérieur n'a pas lui-même d'autre effet fâcheux que de favoriser cette viciation.

L'observation démontre que lorsque le pus séjourne et s'altère, il devient de mauvaise nature, et réellement virulent. C'est ce qui se voit, en effet, dans la cavité de la poitrine, dans les abcès profonds avec clapiers et ouvertures étroites et sinueuses. Il suffit, pour faire évanouir les accidents, soit de donner aux liquides un écoulement facile, soit de les entraîner par de fréquents lavages, soit de modifier les surfaces par des injections diverses, et entre autres par les injections iodées.

M. Giraldès. M. Gosselin a obesrvé plusieurs cas de fractures de la jambe qui ont amené des accidents graves auxquels les malades ont succombé au bout de deux ou trois jours. Il a cherché une explicatlon de ce fait, et n'a formulé qu'une hypothèse, qui consiste à attribuer à la lésion du tissu médullaire la production d'une matière virulente susceptible de causer un véritable empoisonnement. Cette manière de voir suscite plusieurs objections :

1° M. Gosselin a comparé ses faits aux blessures par armes à feu avec fracas des os. Or, l'exemple est mal choisi ; car s'il y a des cas où la destruction, l'attrition, l'altération de la moelle soient portées très loin, c'est à coup sûr dans ces fractures par les projectiles ; et cependant les accidents signalés par M. Gosselin s'y observent rarement. De plus encore, étant données plusieurs plaies de ce genre, on verra se développer des complications très différentes, ce qui ne devrait pas avoir lieu si une même cause, l'altération de la moelle, constituait précisément leur gravité.

C'est qu'en effet ce qui fait le pronostic grave des plaies, c'est moins leur étendue, la nature des tissus lésés, qu'une circonstance inconnue dans son essence et qui vient de l'individu lui-même. On ne peut en douter quand on voit les plaies les plus graves avoir des suites très simples, tandis que les blessures les plus légères s'accompagnent de symptômes formidables. En un mot, l'hypothèse de la décomposition et de la virulence de la moelle est impossible à démontrer ; c'est une vue de l'esprit, une conviction personnelle, mais qui, jusqu'à présent, faute de preuve, reste à l'état de préjugé scientifique.

2° M. Gosselin n'a pas tenu compte de toutes les causes d'accidents ; il attribue à l'empoisonnement la mort qui survient au bout de deux jours, sans tenir compte de l'ébranlement nerveux qui a été invoqué comme cause de cet empoisonnement dans un mémoire inséré dans l'*Association britannique provinciale*, ce qui prouve, par parenthèse, que l'hypothèse de l'empoisonnement a déjà été formulée.

Lorsque l'on reconnaît une fracture en V, ajoute M. Gosselin, il faut proposer l'amputation immédiate ; et si celle-ci est refusée par le malade, il faut employer l'irrigation continue, pour balayer, entraîner le principe toxique. Mais pourquoi ne pas commencer plutôt par là, et proposer d'emblée le sacrifice du membre ? Quand l'irrigation est bien faite et continuée pendant un mois, on sauve six malades sur dix dans des cas très graves ; cela vaut la peine de l'essayer tout d'abord. Pour établir son impuissance et la nécessité de l'amputation, il faudrait de

nombreux cas établissant l'inefficacité de la première méthode et le succès plus constant de la seconde.

3° Enfin, M. Gosselin a touché à la question de la transmission de principes virulents, et il a cité les affections puerpérales, les érysipèles, etc. M. Giraldès ne le suivra pas sur ce terrain; il fera seulement remarquer que ces faits sont aujourd'hui bien connus, et que d'un commun accord la phlébite n'est pas capable d'expliquer tous les cas funestes.

M. Morel-Lavallée a écouté avec beaucoup d'intérêt toute la partie du travail de M. Gosselin qui est relative aux fractures; mais il a entendu avec étonnement celle qui a trait à sa doctrine. L'hypothèse n'a pas de base solide; le virus ne peut être mis en évidence; personne ne l'a vu; nulle expérience, nulle inoculation, même sur les animaux, ne constate son existence. On ne peut avancer que les os sont susceptibles de fournir un poison. On ne peut pas décider si c'est la moelle, ou les phosphates, ou la trame organique; car sur tous les points l'ignorance est complète. La surprise de M. Morel a été d'autant plus grande que la théorie de M. Gosselin n'a aucun des caractères de précision et de rigueur que donnent les recherches chirurgicales modernes, et que l'auteur a d'ailleurs l'habitude de mettre dans tous les travaux qu'il a publiés jusqu'à ce jour.

M. Gosselin répond d'abord à M. Boinet qu'il n'a nullement eu l'intention de comparer les plaies longues ou profondes aux plaies étroites. Sous ce rapport, il partage entièrement l'opinion de M. Boinet, et ne considère pas ses réflexions comme des objections à son travail.

Il répond à M. Giraldès qu'il n'accepte pas l'objection tirée des plaies d'armes à feu qui guérissent malgré l'attrition du canal médullaire.

Pour éviter de trop longues digressions, M. Gosselin n'a eu en vue que les blessures par armes à feu et autres des os volumineux, tels que le tibia ou le fémur. Or, personne ne peut contester que ces blessures ne soient très graves dans les conditions où nous les observons le plus souvent, c'est-à-dire dans les hôpitaux et dans les camps. Sans doute quelques malades guérissent; mais en parlant d'une manière aussi générale qu'il l'a fait, M. Giraldès a eu peut-être en vue des os moins volumineux, tels que ceux de l'avant-bras, du pied et de la main, dont les fractures, en effet, guérissent beaucoup plus habituellement. Depuis les observations qu'il a faites après février et juin 1848, M. Gosselin a souvent insisté sur la différence de gravité entre les fractures par armes à feu des plus gros os et celles des os moins volumineux; et ne pouvant expliquer ces différences par l'ébranlement

nerveux ou par aucune des théories établies par les auteurs, il les attribue aux différences dans la quantité de la substance médullaire, qui, en se décomposant, fournit dans les premiers plus de matériaux toxiques que dans les seconds.

Quant à l'objection que le passage du pus de la phlébite dans le sang n'est pas admis par tout le monde pour expliquer l'infection purulente, M. Gosselin ne le nie pas ; mais beaucoup de chirurgiens professent cependant encore cette théorie, et ceux qui la rejettent ne lui en substituent pas une qui lui soit plus satisfaisante. Pour M. Gosselin, l'infection purulente est due le plus souvent, non pas au passage du pus lui-même, mais au passage dans les veines de matériaux toxiques provenant de la décomposition des liquides organiques, et, dans les cas de fractures ou d'amputations, provenant de la substance médullaire. Quant aux irrigations continues, M. Gosselin en est grand partisan, et il les emploie non pas seulement pour modérer l'action inflammatoire, mais surtout pour entraîner les matières toxiques à mesure qu'elles se forment, et les remplacer par une substance dont l'absorption soit moins nuisible. Mais cependant l'irrigation ne peut pas toujours suffire, et dans les fractures avec plaie de la jambe, la question d'amputation primitive doit quelquefois être posée. Dans ces cas, où nous avons tous de l'hésitation, un document de plus a son utilité, et la direction en V de la solution de continuité est une raison de plus en faveur de l'amputation.

A M. Morel, M. Gosselin répond qu'il faut bien admettre quelquefois en pathologie et en clinique d'autres preuves que les preuves matérielles, et qu'il est permis de rechercher l'explication des phénomènes morbides à l'aide de l'analogie et du raisonnement quand l'autre démonstration ne peut pas être donnée. On ne nie pas l'empoisonnement par le virus morveux, charbonneux, ou par les miasmes paludéens, quoiqu'on ne voie pas la matière toxique. De même, parce qu'on ne voit pas le poison qui infecte et tue après les grandes plaies des os, ce n'est pas une raison pour le nier, si le raisonnement autorise à l'admettre, et si l'on n'a pas, comme c'est le cas, de théorie plus solide à lui opposer. Les expériences que demande M. Morel sont en projet et quelques-unes en voie d'exécution ; mais elles demandent des mois et même des années avant de conduire à une solution, et la question a assez d'importance pour que des recherches soient entreprises dans cette direction par plusieurs personnes. C'est pour cette raison, et aussi parce qu'il y a été amené par la communication de M. Chassaignac, que M. Gosselin s'est décidé à communiquer dès à présent ses opinions.

M. Larrey. Je ne regrette point d'avoir provoqué une discussion qui ne semblait pas devoir s'élever, puisqu'elle devait nous offrir un si grand intérêt; mais je regrette que M. Gosselin ait transformé une question nette et bien définie par son observation pratique en une question complexe et multiple par ses vues théoriques.

En effet, si la fracture en V ou en coin est désormais une lésion osseuse bien distincte des autres par ses caractères anatomiques; si même son mécanisme est bien appréciable, non peut-être encore dans ses causes, mais dans ses effets; si son pronostic est grave, si sa thérapeutique est incertaine ou difficile, est-il rationnel de comparer cette variété des fractures aux lésions traumatiques des os par des coups de feu et aux amputations pour expliquer leur léthalité! Je ne le pense pas.

Et d'abord les fractures par des projectiles sont si diverses, si simples dans certains cas, si compliquées dans d'autres, que l'on choisirait même assez difficilement des exemples en tout semblables aux fractures en coin pour leur assigner des résultats identiques, sans parler de l'ébranlement des membres ou de la commotion locale, ni des conditions de la plaie ou des plaies, qui dans les coups de feu offrent une spécificité distincte.

Ensuite, sous le même point de vue, l'assimilation de ces fractures aux amputations ne me semble pas exacte non plus, puisque la surface tronquée d'un membre représente à elle seule, et à tant d'égards, des conditions multiples si différentes et des chances d'accidents si complexes.

Comment reconnaître d'ailleurs les fractures en question si elles ne sont pas accompagnées de plaie, de chevauchement ou de saillie du fragment conique, ou bien si un gonflement plus ou moins considérable ou un épanchement sanguin masquent le foyer de la fracture? Et il faut bien croire qu'il doit en être souvent ainsi, car plus d'un chirurgien a sans doute eu affaire à l'espèce de fracture décrite par M. Gosselin sans en apprécier, comme lui, l'espèce et la gravité faute d'un examen anatomique, le seul qui nous offre une démonstration précise.

De là par conséquent la difficulté réelle du diagnostic. Or, si cette difficulté elle-même est reconnue, il n'est plus possible de prétendre que les fractures en coin soient à peu près incurables par les divers moyens de traitement usités pour la consolidation des fractures en général. De là aussi sans doute des cas de guérison méconnus dans l'espèce.

C'est pourquoi, loin de recourir d'emblée à l'amputation du membre,

comme le conseille trop hardiment notre collègue dans les cas de fracture qu'il nous a fait connaître, j'essayerai toujours d'obtenir la guérison en combattant d'abord les accidents primitifs. Je ne connais pas non plus de meilleur moyen d'y réussir que l'emploi des réfrigérants sous forme d'irrigation continue pendant la première période du traitement.

Mais ces irrigations froides n'ont d'avantages qu'à une condition essentielle, trop souvent négligée, c'est d'immobiliser absolument le membre dans l'attitude la plus convenable, tout en le laissant à découvert.

Je pourrai soumettre à la Société le moyen simple dont je me sers à cet effet dans mes salles du Val-de-Grâce, et peut-être même, parmi une dizaine de fractures de jambe qui s'y trouvent en ce moment, pourrai-je faire constater à nos collègues une fracture en V ou en coin parvenue à une consolidation régulière par le *traitement composé* que j'emploie dans les cas graves.

Le secrétaire, Dr Arist. VERNEUIL.

Séance du 12 décembre 1855.

Présidence de M. GOSSELIN.

M. DEGUISE donne des nouvelles de M. Bérard, dont l'état continue à être satisfaisant.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture en coin de la jambe. — M. LARREY, à propos du procès-verbal, présente à la Société un malade atteint de fracture de la jambe en voie de consolidation, permettant de constater la forme en V ou en coin de cette fracture. Voici le résumé de cette observation :

Le nommé A..., sergent au 30e de ligne, en voulant franchir le mur de la caserne, le 7 septembre dernier, glisse et tombe du haut de cette muraille, de telle façon que dans sa chute il conserve la position verticale. Tout le poids du corps est supporté par la jambe droite, le pied se redresse et le talon seul frappe violemment contre la dalle du trottoir. Ce sous-officier éprouve aussitôt une sensation de craquement avec vive douleur; il tombe à la renverse, et ne peut se relever. On le transporte à l'infirmerie régimentaire. Une fracture grave de la jambe est constatée; un appareil provisoire de Scultet est mis en place, et le

blessé entre le lendemain au Val-de-Grâce, dans notre service de clinique.

L'appareil enlevé met à découvert un gonflement assez considérable de la jambe, avec infiltration sanguine vers le tiers inférieur, où siége la fracture, appréciable par la mobilité, par la crépitation des deux os. Le tibia, rompu à 4 centimètres à peu près de la malléole, soulève les téguments par son fragment supérieur, mais sans les perforer et sans que sa forme ou celle de la fracture soit appréciable. Le péroné se trouve brisé à quelques centimètres au-dessus, et le pied, s'il n'est soutenu méthodiquement, s'abaisse et détermine une déformation marquée par son renversement en bas. La douleur augmente par la moindre pression sur le foyer de la fracture, et plus encore par les manœuvres de la réduction, qui exige elle-même des efforts assez considérables.

Le membre enfin ayant repris sa direction, sinon sa forme normale, à cause du gonflement et de la tension de la peau, est soumis au traitement que j'emploie depuis plusieurs années au Val-de-Grâce pour la première période des fractures compliquées de la jambe. La jambe est placée dans une flexion légère sur la cuisse, et posée directement sur des coussins recouverts d'une toile cirée ; trois lacs très larges (coupés sur une bande) passent à égale distance sous la jambe, pour la soutenir sans la soulever; deux autres lacs placés en sens inverse des précédents, peuvent, au besoin, exercer une pression antérieure sur le membre si les fragments ont de la tendance à se déplacer en avant. Un dernier lacs est croisé sur le pied pour maintenir sa direction. Quant aux moyens de fixité, ils sont très simples; il suffit d'attacher les chefs de chacun des lacs aux montants et aux traverses d'un cerceau étroit et élevé en fer, qui permet ainsi d'immobiliser le membre, en laissant la jambe à découvert, pour soumettre le foyer de la fracture à une irrigation continue.

Cet appareil est établi ainsi chez le malade; des accidents inflammatoires apparaissent, se développent avec assez d'intensité pendant cinq ou six jours, mais cèdent enfin à l'action hyposthénique de l'eau froide.

L'irrigation, prolongée jusqu'au dixième jour, est remplacée par des fomentations froides pendant cinq jours. Le membre est entièrement dégorgé ; mais la peau, trop tendue, s'est perforée au niveau du fragment supérieur du tibia, qui montre bien alors sa forme conique.

L'appareil de Scultet avec un pansement simple de la plaie est substitué à l'appareil de contention à nu, et renouvelé deux ou trois fois en vingt jours. La fracture ne présente plus que des conditions simples, la saillie du tibia s'est affaissée ; la consolidation commence.

Pour l'assurer d'une manière définitive et inamovible, l'appareil plâtré de MM. Mathijsen et Van de Loo, dont je fais un fréquent usage au Val-de-Grâce, est maintenu à demeure pendant un mois.

Nous constatons enfin, à la levée de ce dernier appareil, ainsi que l'on peut s'en assurer maintenant, une consolidation régulière, sans la moindre déformation du membre. Le cal cependant est encore assez perceptible au toucher, pour que la forme en V ou en coin du fragment supérieur soit parfaitement reconnaissable. On peut même, en promenant le doigt sur ses côtés, sentir au-dessous les deux lignes obliques formées par l'angle rentrant du fragment inférieur. Celui-ci a-t-il été fendu vers la malléole, comme dans certaines fractures longitudinales si bien décrites par MM. Campaignac et Bouisson, ou bien comme dans des fractures articulaires dont nous avons tous observé des exemples? C'est ce que je ne saurais dire. Mais toujours est-il que les mouvements du pied sont devenus libres comme la consolidation du membre est devenue complète.

En communiquant ce fait à la Société, ajoute M. Larrey, je désire démontrer la curabilité des fractures graves dont M. Gosselin nous a si bien fait connaître les caractères anatomiques.

C'est d'ailleurs le onzième cas de fracture de jambe de diverses formes et à diverses périodes de consolidation existant aujourd'hui au Val-de-Grâce. J'ai employé pour plusieurs les mêmes moyens indiqués, dont la combinaison forme ce que j'appelle le *traitement composé des fractures*.

M. Gosselin répète qu'il n'a nullement songé à poser la question d'amputation primitive pour les fractures sans plaies, mais seulement pour celles qui sont accompagnées de déchirures de la peau, d'issue de fragments, d'esquilles; en un mot, pour les fractures dites compliquées.

— M. Marjolin donne lecture d'une analyse du mémoire de M. Tharsile Valette sur *l'ostéomyélite des amputés*.

La communication qui vous a été faite dans l'une des dernières séances, par notre président, devait m'amener tout naturellement à vous communiquer aujourd'hui l'analyse d'un travail sur l'ostéomyélite chez les amputés.

Ce mémoire, qui vous a été adressé par un de nos correspondants les plus laborieux, par M. le docteur T. Valette, chirurgien adjoint à l'armée d'Orient, a été fait dans le but d'établir une différence entre la résorption purulente et l'ostéomyélite proprement dite, et pour attirer l'attention des praticiens sur tout ce que cette complication a de funeste.

Les faits consignés dans ce travail ont été recueillis dans les hôpitaux

militaires de Constantinople, pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1854, sur des blessés amputés à la suite des batailles d'Alma et d'Inkermann.

Je me bornerai, dans cette analyse, à vous retracer aussi fidèlement que possible les opinions de notre honorable collègue, sans chercher aucunement à les discuter.

Pour M. Tharsile Valette, il y a ceci à noter, c'est que l'ostéomyélite, qu'il regarde comme une affection toute spéciale, débute habituellement par des symptômes généraux ayant la plus grande analogie avec ceux de l'infection purulente, et qu'elle se manifeste constamment dans le moignon par les trois phénomènes suivants :

1° Hernie de la moelle osseuse sous forme d'un champignon de couleur grisâtre ;

2° Décollement du périoste autour de la section de l'os ;

3° Issue de l'os entre les lèvres de la plaie.

On reconnaît, dit-il, facilement à ces signes l'affection décrite pour la première fois en 1831 par le docteur Reynaud sous le titre d'inflammation médullaire des os longs, et plus tard par M. le professeur Cruveilhier. Comme elle est essentiellement mortelle, et qu'elle règne parfois d'une manière épidémique, ce qui est arrivé à Constantinople, et que dès lors il en résulte une grande influence sur le choix du lieu de l'amputation, il importe que les chirurgiens apportent une grande attention dans l'étude de cette maladie.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'ostéomyélite a une marche aiguë ; tantôt, au contraire, elle a une marche chronique.

Dans la première forme, elle se montre habituellement du cinquième au dixième jour. Elle prélude par des frissons irréguliers, une fièvre intense, des sueurs abondantes ; bientôt il survient du délire ; la peau devient terreuse, ictérique ; le malade ne peut goûter aucun repos : l'opium ne triomphe qu'avec peine de l'insomnie.

Parfois aussi, dès le début, il y a des nausées, des vomissements ou des symptômes typhoïdes. Enfin, jusqu'à la terminaison fatale, tout l'ensemble des symptômes généraux présente la plus grande analogie avec ce qui s'observe dans les résorptions purulentes.

Comme phénomènes locaux, M. T. Valette signale la sensibilité du moignon, l'écartement des lèvres de la plaie, une suppuration liquide abondante, et la hernie de la membrane médullaire formant une sorte de champignon au niveau de la section de l'os dépouillé de son périoste dans une étendue variable et faisant saillie entre les lambeaux rétractés.

Quelquefois la marche de la maladie a été tellement rapide que les

amputés ont succombé trois ou quatre jours après l'apparition des premiers symptômes : c'est la forme suraiguë.

Anatomie pathologique. — Dans quelques cas il est arrivé que, sauf la plus grande fluidité du sang veineux, M. Valette, malgré des recherches attentives, n'a rencontré aucune altération pathologique. Mais le plus habituellement il a rencontré toutes les lésions organiques consécutives à l'infection purulente : ainsi des noyaux ecchymotiques ou des abcès dans les poumons, le foie ; du pus dans les muscles, les veines ou les articulations plus ou moins éloignées. Il en a rencontré aussi dans les urines et dans les épanchements qui distendaient les cavités pleurales.

Etudiant ensuite les altérations locales, il a établi deux dégrés dans l'ostéomyélite aiguë, sans toutefois en déduire de conséquence pratique, attendu que durant la vie il est impossible de reconnaître cette différence.

Le premier degré est caractérisé par une violente injection sanguine de la moelle qui se colore en rouge brun, perd son aspect graisseux, acquiert plus de densité que dans l'état normal, et se détache assez facilement en demi-cylindre dès que l'on a scié l'os dans sa longueur.

Dans le second degré, outre ces caractères, on trouve une infiltration purulente du tissu spongieux de l'extrémité articulaire de l'os, tandis que le canal médullaire présente de petites collections de pus séparées les unes des autres.

Lorsque l'affection a eu une marche suraiguë, le pus se montre dans la moelle dès le troisième jour sous forme d'infiltration.

Etiologie. — M. Valette ne pouvant considérer l'épidémie d'ostéomyélite dont il a été témoin comme une maladie locale, dépendant de l'action directe de la scie sur la substance médullaire, a dû en rechercher la cause dans les influences générales auxquelles ont été soumis les amputés reçus dans les hôpitaux de Constantinople. Ces établissements étaient-ils aussi salubres qu'on devait le désirer ? C'est là la question. N'ayant pas été construits, dans l'origine, pour cette destination, mais pour des casernes, ils étaient loin de présenter toutes les conditions hygiéniques nécessaires, même après tous les soins apportés pour remédier à ce qu'ils présentaient de défectueux. Ainsi, pour notre collègue, il ne faut pas chercher d'autre cause à cette épidémie que l'encombrement des blessés et la mauvaise disposition des bâtiments dans lesquels on fut obligé de les placer.

Nature de l'affection. — M. Valette reconnaît que l'ostéomyélite a de nombreux caractères de parenté avec l'infection purulente ; et, s'é-

tayant sur les faits observés par lui ou consignés dans le travail de M. Reynaud, il en conclut que l'ostéomyélite ne saurait exister sans elle; seulement il établit cette différence, que l'ostéomyélite est beaucoup plus grave, attendu qu'il a vu guérir, sous l'influence du sulfate de quinine, trois amputés qui présentaient évidemment les symptômes de l'infection purulente, tandis qu'aucun des amputés dans la continuité atteint d'ostéomyélite n'a échappé à la mort.

Où serait donc la raison de la gravité de l'ostéomyélite?

Voici comment notre collègue l'explique: « La réaction générale qui » accompagne l'inflammation des parties molles bridées par de fortes » aponévroses doit évidemment se présenter dans l'inflammation de la » moelle, qui est logée dans un étui bien plus inextensible que des » lames aponévrotiques. En second lieu, le décollement du périoste et » la formation de petits foyers purulents dans l'intérieur du canal mé» dullaire dépouillent une partie de l'os de ses moyens de nutrition et » le transforment ainsi en un corps étranger qui, placé au centre d'une » plaie récente, doit donner lieu à des efforts d'élimination et détermi» ner une fièvre très vive. Enfin, en admettant que le malade échappe » à ces premiers dangers, la présence du pus dans l'épaisseur de la » moelle et au contact des parois du canal médullaire, constitue une » menace incessante de pyohémie. Bien que l'ostéomyélite suppurée » soit évidemment une cause d'infection purulente, je crois néanmoins » que c'est dans des circonstances étiologiques générales qu'il faut » chercher la raison de la coïncidence de ces deux accidents chez les » amputés des batailles d'Alma et d'Inkermann. »

M. Valette conclut de ce qui précède que dans l'ostéomyélite épidémique il faut renoncer aux résections et aux amputations dans la continuité en faveur des désarticulations, afin de mettre la moelle à l'abri du contact de l'air et du pus; et, dans le cas où l'on serait obligé de recourir à une amputation dans la continuité, il faudrait préférer au procédé circulaire le procédé à lambeau, comme permettant de recouvrir exactement le canal médullaire. De plus, il faut chercher autant que possible à soustraire les blessés à la viciation de l'air en les dispersant sous des tentes.

Comme traitement local, l'auteur du mémoire a successivement employé, et sans avantage, les évacuations sanguines, la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec la pâte de Vienne, et la résection, qu'il blâme, car elle replace le blessé dans le même danger. En présence de tant d'insuccès, il arrive alors à une détermination extrême, et propose une nouvelle amputation dans l'article; il ne fait d'exception à cette

règle de conduite que pour la désarticulation coxo-fémorale à cause de son peu de chances.

Sa conviction est telle, qu'il ajoute un peu plus loin : « Je ne crois » pas que la coexistence de l'infection purulente doive faire repousser » la pratique d'une seconde amputation. L'infection purulente n'est pas » un accident nécessairement mortel, tandis que l'ostéomyélite a tué » tous les amputés qu'elle a atteints. Une fois qu'on aura débarrassé » le malade de cette dernière complication, on aura les coudées fran- » ches pour s'attaquer à la pyohémie, et l'on pourra espérer qu'un » nouveau succès viendra s'ajouter à ceux qui existent déjà dans les » annales de la chirurgie. »

A l'appui de cette opinion, qui vous étonnera beaucoup, M. T. Valette cite le fait d'un blessé chez lequel notre collègue M. Legouest avait dû pratiquer la résection de la tête de l'humérus à la suite d'un coup de feu, et qui dut subir plus tard l'amputation du bras assez longtemps après la première opération.

Pour le traitement général, il indique le même que pour l'infection purulente, et insiste principalement sur les bons effets du sulfate de quinine, en citant les observations de trois blessés qui après des désarticulations avaient présenté des symptômes de résorption.

Je viens de vous retracer ce que ce mémoire renferme sur l'ostéomyélite aiguë. Pour ce qui est de la forme chronique, elle diffère de la première par la marche insidieuse des désordres locaux et la lenteur de leur manifestation ; on est tenté de confondre cette affection avec l'infection purulente à cause de l'analogie des symptômes généraux. Ce qui la caractérise surtout, ce sont les désordres locaux, la dénudation lente de l'os, l'altération de la suppuration, et l'arrêt de tout travail de cicatrisation.

A l'autopsie, tantôt on n'a trouvé aucune altération générale, tantôt on a rencontré les lésions de l'infection purulente.

Quant aux altérations locales, tantôt elles sont les mêmes que celles du second degré de l'ostéomyélite aiguë, seulement le pus qu'on trouve dans le canal médullaire est plus fluide ; de plus, le moignon présente cela à noter, c'est que les bourgeons charnus fournis par les parties molles voisines enveloppent comme un étui jusqu'au voisinage de la section de l'os. La portion de cet organe qui est dénudée de son périoste et les couches internes de cet étui sont dans une épaisseur variable incrustées de phosphate calcaire. De telle sorte qu'au premier abord on croit trouver l'os ancien invaginé, comme dans la nécrose, et que pour réséquer cet os il faut pratiquer une sorte d'énucléation.

L'incrustation calcaire existe aussi parfois à la surface de la moelle, qui se détache alors du canal médullaire de manière à laisser un espace vide entre elle et les parois internes de cette cavité.

Ce travail, qui renferme huit observations très détaillées, se termine par les conclusions suivantes :

1° L'ostéomyélite des amputés peut se présenter sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

2° Dans les deux cas, elle s'accompagne presque toujours de l'infection purulente, sans qu'on puisse admettre que l'un de ces deux accidents a occasionné l'autre; ils semblent naître simultanément sous l'influence des mêmes causes générales, et si cette coïncidence jette du trouble sur la netteté du diagnostic, du moins n'est-il pas impossible de déterminer la part que chacun d'eux prend à la manifestation des phénomènes morbides.

3° Sous la forme aiguë, l'ostéomyélite des amputés reconnaît pour cause prédisposante la viciation de l'air, soit par une ventilation insuffisante, soit par l'afflux des gaz des fosses d'aisance, soit par l'encombrement des malades. La cause déterminante est évidemment l'ouverture du canal médullaire d'un os long.

4° Les symptômes généraux peuvent en imposer facilement pour une infection purulente; mais le diagnostic est aussitôt éclairé par les symptômes locaux que présente le moignon, et qui consistent dans la hernie de la moelle, le décollement du périoste à l'extrémité de l'os, l'issue de celui-ci entre les lèvres de la plaie, et l'écoulement d'un pus fétide et liquide dont l'abondance est en disproportion avec l'étendue de la solution de continuité.

5° La durée de l'affection varie de trois à quinze jours, et sa terminaison est toujours funeste.

6° Les caractères anatomiques généraux, quand il en existe, sont ceux de l'infection purulente. Les caractères anatomiques locaux consistent dans le décollement du périoste, le ramollissement et l'infiltration purulente de la moelle dans la forme suraiguë; son augmentation de densité et son aspect rouge brun dans le premier degré de la forme aiguë; enfin la formation de petits abcès en plusieurs points de sa longueur dans le deuxième degré.

7° Le traitement local est inefficace s'il n'enlève par la désarticulation de l'os la totalité de la moelle affectée.

Le traitement général doit être dominé par une indication, celle de combattre l'adynamie, en nourrissant le malade autant que le permet l'état des voies digestives, en lui donnant un vin généreux, et en lui

prescrivant du sulfate de quinine qui modère le mouvement fébrile tout en combattant l'infection purulente.

8° L'ostéomyélite chronique est caractérisée par la lenteur des manifestations locales. Ces manifestations sont identiques à celles de la forme aiguë, avec cette différence que la moelle ne fait pas hernie par la coupe du canal médullaire.

9° Le début de la forme chronique est parfaitement masqué par les symptômes généraux de la pyohémie; mais on devra soupçonner que l'ostéomyélite chronique se cache sous ces manifestations morbides, quand on constatera, avec une augmentation notable de la suppuration, l'absence de traînées rougeâtres, de gonflement et de dureté du moignon. Pendant les jours suivants, l'examen attentif de l'extrémité de l'os aura bientôt fixé le diagnostic.

10° L'ostéomyélite chronique, quand elle siége ailleurs qu'à la cuisse, ne menace pas prochainement l'existence, comme le fait la forme aiguë, mais elle constitue un état morbide qui place l'amputé sous le coup d'une pyohémie imminente, et lui rend la vie insupportable par les douleurs physiques et morales qu'occasionnent la longueur de la maladie et la formation successive d'abcès et de trajets fistuleux.

11° L'étiologie de cet accident est fort obscure, quant aux causes prédisposantes. La cause déterminante se trouve, comme pour la forme aiguë, dans l'ouverture du canal médullaire ou des aréoles de l'extrémité articulaire d'un os long. Peut-être l'ébranlement imprimé à la moelle par le projectile qui vient fracasser un membre n'est-il pas étranger au développement de l'ostéomyélite après l'amputation.

12° Les caractères généraux, quand il en existe, sont ceux de l'infection purulente. Les caractères anatomiques locaux consistent dans la transformation de la moelle en pus jaunâtre, dans le décollement du périoste et dans la présence d'une couche de pus fétide à la surface de l'os.

13° Le traitement général de l'ostéomyélite chronique doit s'adresser aux symptômes de l'infection purulente et à la diarrhée. Le traitement local doit consister dans la résection de la partie d'os dépouillée du périoste, et s'il y a récidive dans la désarticulation de l'os malade, à moins qu'il ne s'agisse du fémur ou du péroné.

14° Les propositions précédentes s'appliquent à l'ostéomyélite qui succède aux résections.

M. Legouest a assisté au développement des idées de M. Valette; mais dès le début il y a eu dissidence relativement au traitement. Faire une seconde opération pour prévenir les suites fâcheuses de la première,

lui semblait un principe dangereux. Il doit d'ailleurs modifier le récit relatif au zouave auquel la résection de l'épaule a été pratiquée. A la suite de cette opération survinrent des hémorrhagies graves. La ligature de la sous-clavière fut faite, mais l'hémorrhagie reparut dans la plaie même de la ligature : on fit alors la compression avec succès.

Cependant le membre, qui ne recevait presque plus de sang, s'ulcéra au niveau du coude, dont les os se carièrent ; on eut alors recours à l'amputation, qui fit cesser les accidents. Malgré ce résultat, ce fait est accompagné de circonstances trop particulières pour servir de base aux préceptes formulés par M. Tharsile Valette.

M. Legouest a fait soixante autopsies de blessés ayant succombé à des opérations, toujours il a rencontré les lésions de l'infection purulente, c'est-à-dire des collections de pus dans le poumon ou le foie, les méninges, les muscles, les séreuses, les synoviales et jusque dans les bourses séreuses sous-cutanées. Une fois, il y avait une infiltration purulente dans la première pièce du sternum ; et cela se rencontrait alors même que l'os amputé ne présentait pas la moindre trace d'ostéomyélite. Dans d'autres cas, les veines du membre étaient le siége d'une phlébite suppurée.

Il n'y a donc pas de raisons péremptoires pour séparer l'ostéomyélyte de l'infection purulente. Quant à l'efficacité du sulfate de quinine contre cette dernière affection, elle est acceptable ; car M. Legouest croit avoir obtenu un succès avec son aide, à moins qu'il ne se soit trompé dans son diagnostic.

M. Michon se demande sur quels caractères l'auteur se fonde pour admettre que l'ostéomyélite s'est montrée sous la forme épidémique. Il ne voit dans la description qui précède rien de plus que ce qui a été signalé déjà par M. Reynaud et M. Monod, dans les cas sporadiques, tels qu'on les rencontre journellement dans les hôpitaux ; n'a-t-on pas pris pour une épidémie le simple résultat d'un grand nombre de faits semblables, s'expliquant lui-même par le grand nombre des opérés?

Si c'est une épidémie réelle, quelles conséquences y a-t-il à en tirer pour la pratique?

M. Michon demande à quels caractères précis on a reconnu les trois cas d'infection purulente qui ont été guéris. Cette guérison est possible, à la vérité, et la Société de chirurgie en connaît des exemples ; mais elle n'a guère lieu que quand les collections purulentes sont tout à fait externes, c'est-à-dire siégent soit dans les membres, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. On ne l'observe point, au contraire, quand il existe des abcès viscéraux.

Quant à la résection du bout de l'os amputé, que M. Valette conseille sans hésitation, c'est une opération qu'on s'accorde à considérer comme très sérieuse, et qui semble à M. Michon une pratique très hardie.

M. Giraldès se demande si l'inflammation du tissu médullaire ne doit pas sa propagation et son étendue à des fissures longitudinales sillonnant l'os parallèlement à son axe. Cette complication, très commune dans les fractures des diaphyses par armes à feu, amène souvent la formation de séquestres très longs, qui vont parfois jusqu'à l'articulation. Dans ce cas, la résection du bout de l'os serait encore une pratique incertaine, car on ne serait pas même certain d'atteindre la limite de ces fissures.

M. Legouest ne croit pas devoir attribuer les accidents à ces fissures. Il a pratiqué sept fois la résection de la tête humérale : trois opérés ont guéri, et sur ce nombre on observa précisément deux fois les fissures en question. Il persiste encore à affirmer que l'ostéomyélite de M. Valette n'est pas autre chose que l'infection purulente.

M. Larrey pense que l'on concilierait les opinions contradictoires sur cette question, en reconnaissant que l'infection purulente peut procéder de diverses sources. On ne saurait contester d'abord que chez les amputés l'ostéomyélite n'en soit souvent le point de départ, comme l'a observé M. Tharsile Valette, qui semble attribuer à la cause des phénomènes dépendant plutôt de ses effets. On admet bien aussi, par exemple, qu'une saignée donnant lieu à une phlébite peut être suivie de résorption purulente, et c'est là une des théories les plus soutenues. Comment, dans d'autres cas, ne pas attribuer le même rôle aux vaisseaux absorbants? Et si on suppose qu'une vaste surface en suppuration soit soumise à diverses influences délétères, comme il arrive souvent aussi sur le point circonscrit d'une lésion traumatique, n'est-ce pas alors une sorte d'intoxication qui pénètre les tissus, altère le sang, et détermine l'infection purulente?

C'est donc au point de vue de son origine que cette redoutable maladie mériterait peut-être d'être appréciée, comme elle l'a si bien été dans ses symptômes et dans ses caractères anatomiques. Là semble résider l'explication des théories différentes émises à ce sujet.

M. Chassaignac pense que M. Valette a eu tort de considérer l'ostéomyélite comme épidémique. Il croit également qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, il n'a rien ajouté aux descriptions de M. Reynaud. On a tort, du reste, de n'étudier cette maladie qu'après les amputations, car M. Valette dit que cette maladie est toujours mortelle; et cependant on en guérit quelquefois. L'ictère a été donné comme un

symptôme de l'ostéomyélite, mais on sait bien qu'il appartient aussi à l'infection purulente; et, d'un autre côté, quand cette dernière maladie se développe à la suite d'une amputation, on sait encore que le tissu médullaire du bout amputé est toujours suppuré, le périoste décollé, etc.

M. Gosselin. M. Valette s'est d'abord occupé de l'ostéomyélite chez les amputés, puis il a fait ressortir la relation qui existe entre cette lésion et l'infection purulente. Ce rapprochement paraît exact, comme le croyait déjà Blandin. M. Gosselin ne considère pas, en effet, l'infection purulente comme une fièvre, comme une maladie vague, sans localisation, et sévissant sans qu'on sache pourquoi sur les opérés; il pense, au contraire, qu'il lui faut un point de départ, et, suivant lui, c'est précisément l'inflammation du tissu médullaire qui le fournit. Lorsque les malades succombent, on ne trouve pas toujours du pus dans les grosses veines, mais souvent on en trouve dans la cavité médullaire.

Tous les cas d'ostéomyélite, suivant M. Valette, sont extrêmement graves, et se terminent par la mort. L'auteur a-t-il pris note des os atteints? En effet, tout en tenant compte et des circonstances hygiéniques et des circonstances individuelles, M. Gosselin ne peut admettre que le volume des os n'apporte pas quelques restrictions, et que la même lésion ne soit pas moins grave quand elle siége sur le cubitus, le radius, l'humérus même, que lorsqu'elle atteint le fémur ou le tibia.

Admettant que l'infection purulente exige toujours un point de départ, M. Gosselin cherche s'il réside dans les veines du moignon ou dans le tissu médullaire. Comme on recherche parfois vainement la phlébite du membre amputé, l'ostéomyélite reste comme cause. Or, on peut encore comprendre de deux manières l'influence de cette maladie; elle pourrait engendrer l'infection purulente, soit par le passage dans le sang du pus formé dans les petites veines osseuses, soit par l'absorption d'une matière toxique. M. Gosselin est peu porté à admettre la première hypothèse; il se rattache dès lors à la seconde, car il est évident pour lui que l'infection purulente peut se développer sans qu'aucune parcelle de pus soit versée dans le torrent circulatoire, tandis qu'il est probable que le tissu médullaire, si spécial, est susceptible de développer un principe virulent.

M. Giraldès. M. Gosselin revient à ses idées générales dans le but d'expliquer les infections purulentes sans phlébite, et il invoque alors le poison fourni par le tissu médullaire. Mais s'il en est ainsi, comment explique-t-il précisément cette différence de gravité entre les plaies des os du membre supérieur et celles du membre inférieur, différences sur

lesquelles il insiste tant? L'humérus, le radius, le cubitus ont de la moelle tout aussi bien que le fémur, et peuvent aussi bien fournir cette matière toxique, ce poison morbide déjà admis par Adams. M. Gosselin va certainement trop loin, et ferait mieux ou de s'abstenir de théorie, ou d'en formuler une plus satisfaisante.

Deux membres demandent encore quelques explications à M. Marjolin. Ce dernier, qui pourrait lui-même critiquer le mémoire de M. Valette, et qui n'adopte pas, entre autres, la distinction entre l'ostéomyélite et l'infection purulente, s'est restreint, dans sa lecture, au rôle de rapporteur. Il renvoie donc les membres au travail original.

La Société décide que le travail de M. Valette sera déposé aux archives, et que des remercîments seront adressés à l'auteur.

— M. Plouviez (de Lille) présente un petit appareil élastique destiné à remédier à l'incontinence d'urine nocturne des enfants. C'est un anneau en caoutchouc qui ne comprime la verge qu'en deux points opposés.

— La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

Séance du 19 décembre 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Huguier, examinant l'hypothèse formulée par M. Gosselin pour expliquer la gravité des fractures du membre inférieur, plus grande que celle du membre supérieur, ne la trouve pas satisfaisante. Sans nier qu'il ne faille lui accorder une certaine part, il y a des circonstances très nombreuses qui rendent mieux compte de cette différence de gravité.

Ainsi :

1° Dans les fractures du membre inférieur, l'ébranlement général de l'individu et la commotion locale du membre sont beaucoup plus considérables.

2° Le décollement, la déchirure, la destruction du périoste sont beaucoup plus étendus, au niveau de la diaphyse surtout. Ces désordres peuvent s'étendre sur chaque fragment à plusieurs centimètres de la fracture.

3° La grande densité des os explique le nombre considérable des

esquilles du tibia et du fémur, la longueur souvent très grande de ces esquilles, leur dissémination, leur implantation éloignée dans les parties molles; la blessure de nerfs, de muscles, de vaisseaux. En un mot les dégâts sont plus multipliés.

4° Des fêlures diaphysaires de 4 ou 5 pouces de long ne sont pas rares au fémur, au tibia, et tout à fait exceptionnelles, au contraire, à l'humérus et aux os de l'avant-bras, qui, en raison de leur petit volume, sont coupés très nettement par la balle.

5° La résistance des os du membre inférieur, leur grande épaisseur expliquent comment une balle peut s'y implanter et y rester en totalité ou en partie, ou se diviser en fragments qui restent perdus dans l'épaisseur du membre. Rien de cela n'est commun au membre supérieur.

6° L'épaisseur considérable de la cuisse, de la jambe, explique comment les corps étrangers y séjournent et s'y perdent plus facilement qu'au bras. On trouve dans les premières régions des fragments d'os, de balle, de vêtements, qui, au contraire, traversent de part en part le bras et l'avant-bras, et sont entraînés par le projectile.

Des expériences nombreuses et directes ont mis cette complication hors de doute.

7° Il en résulte des inflammations, des abcès plus nombreux, plus étendus, qu'on reconnaît plus tardivement, qu'on traite ou qu'on incise plus tard aussi.

8° L'aponévrose d'enveloppe est très forte au membre inférieur; la balle n'y fait que de petits trous insuffisants pour l'écoulement du liquide ou l'issue des corps étrangers. De là une inflammation plus vive fusant plus loin, et des phénomènes d'étranglement plus intenses.

Enfin tout le monde est d'accord aujourd'hui sur l'amputation dans ces circonstances opposées. Elle doit être exceptionnelle pour le membre supérieur, dont les fractures guérissent le plus souvent seules. Elle est fréquemment indiquée pour le membre inférieur, où l'abandon des malades à eux-mêmes est trop souvent funeste.

M. Giraldès objecte que les expériences de M. Huguier ne portant que sur des plaies identiques faites par des balles rondes, sans tenir compte des projectiles plus gros et des balles de formes variées qu'on emploie aujourd'hui, sont insuffisantes pour trancher une question aussi vaste: elles n'embrassent qu'un champ trop restreint.

M. Larrey. La lésion des os par armes à feu est effectivement, comme vient de l'énoncer M. Huguier, généralement plus grave aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Mais les expériences de notre honorable collègue ont seulement confirmé en partie celles

qui avaient été déjà faites d'une manière plus générale, notamment par Dupuytren, sur les effets physiques des projectiles.

Je dois aussi faire remarquer à M. Huguier qu'il a seulement apprécié l'action traumatique des balles ou projectiles de petit calibre, comme représentant toujours, a-t-il dit, la pluralité des cas de blessures par armes à feu. Soit, à son point de vue ou dans les limites de son observation. Mais il n'en est pas ainsi pour nous tous, et surtout pour les chirurgiens militaires. Il faut tenir compte aussi des projectiles de gros calibre, boulets et biscaïens, bombes et obus, qui, dans les siéges, comme je l'ai vu à Anvers, comme nos confrères de l'armée viennent de le voir à Sébastopol, produisent à eux seuls presque toutes les blessures, et surtout les plus graves, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, quoique ceux-ci présentent plus que ceux-là une prédisposition particulière aux complications primitives ou consécutives.

Et ces accidents ne dépendent plus seulement alors des lésions locales ou circonscrites, par exemple au foyer de la fracture, comme celles qui sont produites par les balles des armes portatives ; ce sont des effets propagés à distance par la commotion du membre, par la contusion ou l'attrition des parties molles et des parties dures, par la fissure et l'éclat des os, par les lésions articulaires, par l'ostéopériostite et la nécrose, par l'ostéomyélite enfin et ses conséquences. Quelques-uns de ces graves accidents sont d'ailleurs bien décrits dans divers ouvrages anciennement publiés sur les blessures par armes à feu, mais plus spécialement peut-être dans le livre de Dufouart, trop peu cité aujourd'hui (1).

Le funeste perfectionnement apporté d'ailleurs aux projectiles de guerre en a multiplié aussi et aggravé les effets, comme l'a indiqué tout à l'heure M. Giraldès.

J'ajouterai seulement que pour les lésions des membres aussi bien que pour toutes les autres, il faut tenir compte encore de la portée des armes de gros calibre, qui, étant tirées d'assez près, ajoutent à la force de leur calibre et à la justesse de leur tir une plus grande action vulnérante, et des éclats ou des fragments qui dilacèrent les tissus en mutilant les membres.

Le nombre considérable des blessés de Crimée reçus jusqu'à ce jour au Val-de Grâce me démontre trop bien qu'il en est ainsi pour les lésions comparées des os des membres par les projectiles d'armes à feu.

(1) *Analyse des blessures d'armes à feu, et de leur traitement.* 1801.

M. Huguier répond qu'il n'a pas, il est vrai, une grande expérience relativement aux plaies produites par les biscaïens, les obus, les boulets, mais qu'il avait seulement déduit ses remarques de l'action de projectiles comparables, ce qui suffit pour juger, dans des conditions identiques, de la différence de gravité des plaies des membres inférieurs et supérieurs. Il ne s'appuie pas seulement sur sa propre expérience, quoiqu'il ait recueilli lui-même en février et juin 1848 ou en 1852 plus de 150 observations; il invoque un ensemble de plus de 500 cas, qu'il a vus soit dans son service, soit dans la pratique des autres chirurgiens.

M. Gosselin. M. Huguier n'a pas abordé directement le sujet traité dans la communication antécédente. En énumérant les désordres plus grands qui surviennent dans le membre inférieur, il n'a pas montré comment ces désordres engendraient la gravité plus grande, ni expliqué comment la mort peut survenir au bout de vingt-quatre, trente-six heures; comment l'infection purulente arrive au bout de quatre ou cinq jours, et se termine très rapidement par la mort.

M. Huguier se croyait dispensé de cette démonstration; il croyait expliquer suffisamment la gravité du pronostic en invoquant les inflammations plus vastes, plus intenses; les suppurations plus abondantes, l'imminence de la gangrène, du tétanos, la gravité bien plus marquée des hémorrhagies, etc., etc., tout cela lui paraissait rendre assez compte de la mort fréquente sans invoquer en particulier l'intervention spéciale des lésions du tissu médullaire.

M. Denonvilliers. Alors même que les os ne sont pas intéressés, il est patent que les lésions des membres inférieurs sont plus graves que celles du membre supérieur; le phlegmon diffus en est un exemple; cela tient évidemment à la composition anatomique, et les os n'y sont pour rien. Quand ceux-ci sont atteints, le pronostic est des deux côtés plus grave; mais l'excédant de dangers est encore, et pour les mêmes raisons, du côté du membre inférieur. La moelle n'y est pour rien, car celle du fémur, par exemple, l'emporte bien peu sur celle de l'humérus en volume.

Les raisons invoquées par M. Huguier sont donc beaucoup plus satisfaisantes que l'hypothèse de M. Gosselin.

M. Chassaignac a été frappé, comme tout le monde, de la gravité plus grande des plaies du membre inférieur; sachant que les plaies se cicatrisent d'autant plus tardivement qu'on s'éloigne davantage du cœur, comme on peut s'en convaincre en comparant les plaies de la face à celles des membres, M. Chassaignac se demande si la vitalité moins

grande du membre inférieur ne rendrait pas plus funeste le pronostic de ses maladies chirurgicales.

M. Deguise fils fait entrer en ligne de compte l'usage différent des membres inférieurs et supérieurs, et les conséquences qui en résultent pour les blessés. Un homme atteint d'une fracture du membre supérieur peut se transporter ou être transporté sans dommage à l'ambulance et sans que sa plaie s'aggrave.

Le transport, au contraire, sur des mulets, des cacolets, des chariots d'un blessé qui a la cuisse ou la jambe brisée ne se fait pas sans de très grandes souffrances et sans une augmentation très notable des désordres locaux.

A l'hôpital même ou dans la clientèle civile, la guérison est singulièrement influencée par l'exercice qu'on permet plus tôt au premier blessé qu'au second, qui est forcé de garder pendant plusieurs mois l'immobilité au lit.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire d'un de ses membres associés étrangers, de sir Georges Ballingall, membre du Collége royal des chirurgiens et professeur de chirurgie à Edinburgh.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Etudes cliniques sur le cancer de la matrice, thèse inaugurale adressée pour le prix Duval ;

Des hémorrhagies produites par l'insertion du placenta sur le segment inférieur du col, thèse inaugurale adressée pour le prix Duval par M. Dunal (de Montpellier) ;

Fistules du larynx, occlusion par substitution, méthode nouvelle, par M. le docteur J. Roux (de Toulon) ;

Le vaccin vengé, par M. le docteur Burggraeve;

Rapport des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat, par M. le docteur Trapenard.

LECTURE.

M. Reybard lit, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail intitulé *Mémoire pour servir de comparaison entre les deux procédés d'urétrotomie intra-urétrale.* (Commission : MM. Alp. Guérin, Lenoir, Michon.)

RAPPORT.

M. Richet lit un rapport sur un travail de M. Sirus Pirondi intitulé *Notes cliniques recueillies à l'Hôtel-Dieu de Marseille en 1854.*

Ainsi que l'indique le titre, ce n'est point un mémoire spécial sur tel ou tel point de doctrine qu'a voulu nous soumettre notre confrère, mais bien un résumé de sa riche et déjà longue pratique, un compte rendu des faits qu'il a observés pendant l'année 1854.

Appuyé sur des observations nombreuses et variées, il passe en revue les diverses affections qui se sont présentées à lui dans cet intervalle, et les accompagne de remarques souvent originales et ingénieuses, sur lesquelles votre rapporteur devra fixer votre attention.

Le service à la tête duquel est placé le docteur Pirondi est un service de syphilitiques, et il se compose de cent trente lits répartis à peu près également entre les femmes et les hommes.

Pendant l'année 1854, le service des hommes, temporairement fermé à cause du choléra, n'a reçu que 94 malades ainsi répartis :

Blennorrhagies simples.	22
Blennorrhagies compliquées d'arthrite et d'orchite.	11
Blennorrhées.	4
Blennorrhagie suivie d'ulcération du scrotum et de hernie du testicule.	1
Chancres simples..	10
Chancres avec adénite.	18
Phimosis.	11
Paraphimosis.	2
Ulcères phagédéniques.	4
Adénites inguinales strumeuses.	5
Syphilides accompagnées d'iritis et de douleurs ostéocopes.	6
Total. . .	94

1° En ce qui concerne la blennorrhagie, nous n'avons à noter qu'un seul fait pratique, c'est que notre confrère recommande, comme très efficace pour calmer les érections, les préparations de digitale, principalement le sirop, à la dose d'une à deux cuillerées.

2° *Blennorrhagies compliquées.* — Sur 11 cas, 6 l'étaient d'arthrite et 5 d'orchite.

M. Pirondi admet comme incontestable la métastase blennorrhagique sur la synoviale articulaire; et les détails dans lesquels il entre, quoique concis, sont bien propres, en effet, à entraîner la conviction. 4 fois sur 6 l'articulation du genou a été prise; dans les deux autres cas, c'était l'articulation tibio-tarsienne. Une fois, le gonflement arti-

culaire sauta brusquement du genou droit au poignet droit, pour revenir quarante-huit heures après dans le genou gauche.

Dans les complications d'orchite, notre confrère emploie avec avantage contre l'élément douleur l'anesthésie localisée au moyen du chloroforme étendu d'eau. Selon lui, rien n'est plus efficace que l'usage local du chloroforme pour diminuer instantanément la douleur. D'ordinaire, il en fait *badigeonner* deux ou trois fois par jour le testicule, en mêlant le chloroforme à une égale quantité d'eau. Je regrette beaucoup de n'avoir pu trouver encore l'occasion d'employer cette méthode, à laquelle, je dois le dire, je n'accorde pas, *à priori*, une grande efficacité, mais que je me promets d'essayer. Tous les chirurgiens savent combien sont quelquefois atroces les douleurs de l'orchite, à ce point qu'un de nos collègues a proposé de débrider la tunique albuginée pour les faire cesser. Si donc l'expérience confirmait les résultats obtenus par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, on pourrait dire qu'il a rendu un véritable service à l'humanité.

3° Je ne ferai que mentionner un cas de blennorrhagie observé sur un individu fort et vigoureux, sur lequel, par suite d'inoculation naturelle du pus sur le scrotum, il se forma une ulcération assez large pour que le testicule fît hernie à travers les lèvres de la plaie. Ce qu'il y eut de plus singulier dans ce cas, c'est que les inoculations artificielles du muco-pus qui s'écoulait par la verge et des liquides que sécrétait l'ulcération scrotale ne donnèrent que des résultats négatifs.

4° Le chapitre qui concerne les chancres mérite d'attirer toute votre attention, en raison de l'importance des questions qui y sont agitées. Dix fois, dit M. Pirondi, j'ai pu constater des symptômes syphilitiques généraux coïncidant avec une induration non douteuse du chancre; sept fois je n'ai pas trouvé *la moindre trace* d'induration, quoique les symptômes primitifs fussent irrécusables. C'est là, messieurs, une remarque d'autant plus précieuse, qu'elle émane d'un confrère haut placé dans la science, qui observe depuis longtemps sur un grand théâtre, et qui s'est acquis dans la spécialité des affections syphilitiques une haute réputation. Aussi son opinion, mise dans la balance, devra-t-elle peser d'un grand poids lorsqu'il s'agira de décider définitivement qui a tort ou raison, de M. Cullerier affirmant avec nous que l'infection syphilitique générale peut être produite même par le chancre non induré, ou de M. Ricord qui nie formellement cette possibilité. Il y a quelques jours à peine que cette discussion agitait encore la Société de chirurgie. Je ne crois donc pas opportun de chercher à la rouvrir; mais il est du devoir de chacun d'apporter, puisque pour ainsi dire l'enquête est ou-

verte, les faits et les raisonnements qu'il croit propres à appuyer sa manière de voir. Je me bornerai aujourd'hui à faire observer d'une manière générale que ce ne sont pas toujours, tant s'en faut, les ulcérations les plus profondes qui sont le plus souvent suivies d'engorgement ganglionnaire, et personne n'a contesté que les exulcérations les plus superficielles soient celles qui donnent le plus fréquemment lieu à l'adénite. On ne voit donc pas, *théoriquement*, pourquoi l'infection syphilitique ne pourrait pas aussi bien être le résultat d'un chancre superficiel que d'un chancre profond. C'est là une réflexion qui m'était venue lors du débat qui eut lieu dernièrement à propos du travail de M. Hammer, et je trouve dans le travail de M. Pirondi des faits à l'appui de cette opinion. Suivant lui, en effet, les chancres superficiels auraient plus fréquemment donné lieu à l'adénite que les chancres profonds ou en emporte-pièce.

Le traitement de l'adénite inguinale survenue à la période de suppuration a subi entre les mains de M. Pirondi un heureux perfectionnement. Je ne saurais trop engager ceux de nos confrères qui sont placés dans une position toute particulière à l'expérimenter. Voici en quoi il consiste :

Si le ramollissement est avancé et la peau considérablement amincie, on applique d'abord un vésicatoire débordant de tous côtés le ramollissement. Le lendemain, on enlève l'épiderme ; on passe sur la surface dénudée un pinceau enduit de teinture d'iode étendue d'eau dans la proportion d'un tiers ou de moitié, et on recouvre ensuite d'un gâteau de charpie imbibé de ce liquide. Ce pansement est renouvelé deux fois par jour.

Si le ramollissement est peu avancé, on peut renouveler l'application du vésicatoire et panser avec la teinture d'iode presque pure.

Sous l'influence de cette médication, dit M. Pirondi, la résolution de l'adénite s'opère promptement, et alors même qu'on a constaté la fluctuation, on voit le liquide se résorber ou se concréter. Déjà 220 bubons ont été traités de cette manière, et ce n'est qu'exceptionnellement que le pus s'est fait jour à l'extérieur et a exigé un traitement spécial. C'est là un résultat bien digne d'attirer notre attention, et je regrette vivement de n'avoir pu apporter quelques faits personnels propres à éclairer la question. A leur défaut, je puis dire que ce qui me fait bien augurer de la méthode, ce sont les résultats obtenus par un mode de traitement qui n'est pas sans analogie avec celui-ci, et qui m'a donné plusieurs fois des résultats très satisfaisants. Je veux parler du procédé préconisé par un chirurgien militaire, M. Malapert, et qui consiste,

après avoir dénudé la surface cutanée à l'aide d'un vésicatoire, à saupoudrer la surface dépouillée d'épiderme avec quelques centigrammes de sublimé corrosif.

5° L'opération du phimosis a fourni à notre confrère l'occasion d'une modification assez ingénieuse du procédé de l'incision. Voici en quoi elle consiste :

Dans le cas où l'ouverture préputiale est trop étroite pour que l'on puisse y introduire une lame de bistouri portant à son extrémité une boule de cire, on y glisse une sonde cannelée dont on fait saillir l'extrémité dans le lieu où l'on veut que l'incision commence. Alors on plonge la pointe de l'instrument dans la cannelure de la sonde, et on achève sur elle l'incision d'*arrière en avant*. On évite ainsi d'intéresser la muqueuse et la peau à des hauteurs différentes.

Ce procédé, ainsi d'ailleurs que le fait remarquer notre confrère, n'est lui-même qu'une modification de celui qu'emploie depuis longtemps le professeur Riberi, qui fait glisser dans la sonde cannelée un stylet pointu et cannelé lui-même, à l'aide duquel, après avoir perforé la peau de dedans en dehors, il conduit un bistouri d'arrière en avant pour achever l'incision.

Sans contester l'utilité de ces deux modifications opératoires, je ferai observer qu'elles ne remédient en aucune manière aux inconvénients reprochés au procédé de l'incision simple, auquel, pour mon compte, j'ai depuis longtemps renoncé. Celui que je mets en usage depuis plus de dix ans présente toute la simplicité qui caractérise celui de MM. Riberi et Pirondi ; il consiste dans l'excision d'un lambeau de peau en V, soulevé à l'aide d'une pince à dissection et emporté d'un seul coup de ciseaux à bec-de-lièvre. On obtient toujours ainsi une ouverture suffisante pour que le gland puisse être aisément découvert ; puis, au lieu d'avoir deux lambeaux pendants et disgracieux, on a une ouverture ovalaire régulièrement arrondie ; on n'est aucunement exposé à couper la peau et la muqueuse à des hauteurs différentes ; et enfin l'opération est aussi rapide et aussi facile que pour l'incision simple, même dans les cas où l'ouverture préputiale est considérablement rétrécie.

La deuxième partie du mémoire de M. Pirondi est consacrée à l'examen des maladies syphilitiques et de leurs conséquences chez la femme.

Sur un total de 311 malades reçues dans les salles pendant l'année 1854, on trouve:

Blennorrhagies bâtardes.		56
Blennorrhagies utéro-vaginales.		62
Urétrites simples..		18
Chancres en emporte-pièce au col et à la fourchette.		58
—	à la fourchette.	8
—	au méat urinaire.	2
—	au rectum (à l'anus).	2
—	du vagin simples ou multiples, dont 12 avec adénite.	28
Kystes des grandes lèvres.		3
Abcès des grandes lèvres.		11
Fistules vagino-rectales.		3
Iritis syphilitiques doubles avec syphilides. . .		2
Ulcères phagédéniques à la vulve, à l'entrée du vagin et au pli crural.		7
Hypertrophie des grandes et petites lèvres. . .		3
Plaques muqueuses.		9
Exostoses.		3
Affections légères non classées.		36
Total. . . .		311

Trois cents de ces femmes ont été examinées au spéculum, et dix à peine, dit M. Pirondi, étaient exemptes de déviation utérine; or aucune d'elles ne se plaignait des accidents attribués aux déplacements de l'utérus : d'où il conclut qu'on a singulièrement exagéré les symptômes attribués aux flexions de cet organe.

C'est là une opinion que partage sans doute l'immense majorité des chirurgiens ; mais je crois qu'il y a exagération en sens inverse à admettre avec notre confrère et M. Malgaigne que les douleurs dont souffrent un certain nombre de femmes atteintes d'anté ou de rétro-flexion doivent être toujours et uniquement attribuées à une névralgie du col utérin. Le soulagement marqué qu'éprouvent un très grand nombre de malades de l'emploi des divers pessaires ou des ceintures hypogastriques vient déposer contre cette opinion exprimée d'une manière aussi absolue.

Sur 98 observations de chancres siégeant sur divers points des organes génitaux, notre confrère signale 58 chancres du col coïncidant avec l'ulcération chancreuse de la fourchette. Mais cette dernière est pour lui presque toujours la conséquence de la première ; en d'autres termes, le chancre du col entraîne le chancre de la fourchette, le pus

qui s'en écoule s'arrêtant sur ce point et s'y inoculant fatalement. D'où cette conclusion pratique que dans les cas où on rencontre l'ulcération de la fourchette il faut, avant tout, examiner le col afin de détruire le chancre initial ; en négligeant cette précaution, on s'expose à traiter inutilement l'ulcération extérieure et à laisser la maladie s'aggraver et infecter l'économie. Voilà la théorie.

Pour mon compte, je l'accepterais volontiers si le premier point, le point capital, celui sur lequel tout le monde voudra être préalablement fixé, était démontré, à savoir, la constance du chancre du col dans les cas d'ulcération de la fourchette. Or c'est ce qui ne paraît point prouvé. Ceux de nos collègues qui ont observé à l'hôpital de Lourcine savent en effet combien sont rares les chancres confirmés du col, et, pour mon compte, pendant un séjour de trois années dans cet établissement spécialement consacré aux affections vénériennes, je n'ai pu en recueillir que cinq cas non douteux dans un service de 94 malades, bien que mon attention fût éveillée sur ce sujet, et que deux fois par semaine toutes les malades fussent examinées au spéculum.

Aussi, frappé par le chiffre considérable de chancres utérins mentionnés dans le travail de notre confrère, me suis-je empressé de rechercher sur quelles preuves se fondait une assertion aussi peu en rapport avec ce que j'avais vu de mon côté, et j'ai le regret de dire que ces preuves font complétement défaut.

C'est là une lacune que notre collègue, j'en suis certain, s'empressera de combler, ce qui lui sera facile d'ailleurs, puisque la plupart des observations sur lesquelles est appuyée l'opinion qu'il émet ont été recueillies, dit-il, avec soin par un de ses internes, M. H. Blanc, actuellement attaché aux hospices civils de Toulon.

Après plusieurs considérations qui ne manquent point d'importance sur le traitement des chancres chez la femme, sur trois cas de fistules recto-vaginales causées par des ulcérations chancreuses profondes de la fourchette, sur les kystes et abcès des grandes lèvres, sur les fistules, sur les ulcères phagédéniques, sur la transmission possible des accidents secondaires, particulièrement des plaques muqueuses de la vulve, et sur la coïncidence des syphilides et de l'iritis syphilitique, M. Pirondi arrive à des remarques générales sur la syphilis. C'est par l'observation clinique et non par les raisonnements qu'il a cherché sinon à résoudre, du moins à contrôler les principales idées doctrinales qui règnent actuellement dans la science ; ses opinions vous paraîtront mériter d'être prises en sérieuse considération tant à cause de la position éminente qu'il occupe qu'en raison du vaste théâtre sur lequel il exerce.

Relativement à ce que l'on est convenu d'appeler la loi d'unicité, il cherche à démontrer, en s'appuyant sur deux observations tirées de sa pratique, qu'elle n'est point aussi générale, aussi infaillible qu'on s'est plu à le proclamer. Toutefois, je dois dire que les deux faits sur lesquels s'appuie M. Pirondi ne remplissent pas toutes les conditions exigées récemment par M. Ricord pour le convaincre, et c'est là la raison qui m'a fait résister au désir que j'avais eu d'abord de vous en présenter une analyse.

Quant à la syphilisation, notre confrère de Marseille la repousse en pratique, mais il admet cependant qu'elle se fonde sur quelque chose de réel, à savoir : la difficulté plus grande qu'ont les individus antérieurement inoculés à contracter de nouveaux chancres et à subir les accidents d'infection générale. A l'appui de son opinion, il cite également quelques observations.

Enfin, M. Pirondi admet, avec MM. Bassereau, Diday et Clerc, la pluralité des virus syphilitiques, ou, pour mieux dire, deux sortes de chancres, le chancre bénin et non infectant, et le chancre infectant. « Mes observations, dit-il, sans être aussi nombreuses que celles de M. Bassereau, sont déjà cependant au nombre de *cinq.* » Il est à regretter qu'il n'ait pas cru devoir les consigner dans son travail.

Telle est la substance du mémoire que M. Pirondi a soumis à votre appréciation. Ainsi que je vous le disais en commençant, c'est un résumé de sa pratique et de ses opinions en syphilis, et vous avez dû remarquer qu'il est semé d'aperçus ingénieux et souvent originaux qui dénotent un praticien consommé. Mais ce n'est point là le seul titre qu'il présente à l'appui de sa candidature de membre correspondant. Depuis longtemps notre confrère est connu par ses nombreux écrits et publications dans la presse périodique. De plus, il est chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille et l'un des praticiens les plus répandus et les plus estimés de cette grande ville. Nous vous proposons donc à ces divers titres :

1° De nommer M. le docteur Sirus Pirondi membre correspondant ;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société à titre de document très intéressant à consulter.

DISCUSSION.

M. Cullerier a essayé le traitement des bubons par les vésicatoires suivis de diverses applications médicamenteuses, sublimé, onguent

mercuriel, sels de cuivre, iode; tout le résultat produit lui semble dû dans cette méthode au vésicatoire.

L'application des prétendus résolutifs lui a paru dans un cas être la cause d'un abcès énorme; dans d'autres cas, il a cru pendant quelques jours à la résolution, et la suppuration n'en a pas moins eu lieu.

— Une discussion s'engage sur la fréquence du chancre du col et sur la propriété qu'il aurait de produire un chancre secondaire à la fourchette.

M. Cullerier croit les chancres du col moins rares que M. Richet ne le pense, mais cependant moins fréquents que ne le dit le chirurgien de Marseille; ils siégent à l'orifice même du col, c'est-à-dire au museau de tanche; mais il n'assure pas qu'ils s'inoculent aussi aisément à la fourchette.

M. Morel-Lavallée a vu souvent aussi les chancres du col; il dit de plus que, par le fait des transformations qu'ils subissent, il devient difficile de les reconnaître, si ce n'est par l'inoculation. Trois fois ils coïncidaient avec le chancre de la fourchette. Mais souvent ces deux manifestations sont isolées, et M. Morel ne conçoit guère comment le premier produirait si constamment le second, quand il songe que, la paroi du vagin étant toujours au contact, le pus n'a pas plus de tendance à se porter en arrière que partout ailleurs; quand il y a coïncidence, pourquoi ne pas admettre que le pénis chancreux a produit la double inoculation? Comment M. Sirus Pirondi s'est-il assuré que les choses s'étaient passées différemment?

M. Richet comprend très bien l'explication de l'auteur. Si la fourchette d'ailleurs se prend plus facilement que les autres points du vagin ou de la vulve, c'est que dans ce point les éraillures, les excoriations sont très fréquentes.

M. Richet s'étonne encore de voir admettre la fréquence aussi grande des chancres du col; pour sa part, il n'a rencontré que cinq chancres inoculables, quoiqu'il ait eu le soin d'inoculer un très grand nombre d'ulcérations du col chez des femmes affectées de chancres extérieurs.

M. Verneuil fait remarquer que le procédé que M. Sirus Pirondi préconise pour l'opération du phimosis est très connu, très ancien, et que pour sa part il l'a vu mettre en usage depuis qu'il a commencé ses études. Quant au procédé adopté par M. Richet, l'opération qui consiste à couper le prépuce, comme dans la circoncision, et à renverser la muqueuse n'est-elle pas préférable?

M. Richet répond que sa manière de faire est beaucoup plus expéditive.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Marjolin présente le moignon d'un enfant sur lequel il avait pratiqué, il y a plus d'un an, l'amputation sus-malléolaire par un procédé à lambeaux. M. Marjolin lira plus tard une note sur les avantages de ce procédé.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Dr A. Verneuil.

Séance du 26 *décembre* 1855.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Cullerier oppose à M. Richet, qui n'a vu que cinq chancres du col utérin pendant trois ans, les chiffres suivants : Sur 68 malades affectées de chancres génitaux pendant l'année 1855, on compte cinq chancres du col. M. Bernutz, qui observe à Lourcine depuis dix-sept mois, a noté 21 cas, dont 12 ont été inoculés et inoculables ; dans 8 cas, cette épreuve n'a pas été faite.

M. Morel a également consulté ses notes ; il a trouvé cinq cas de chancres du col inoculables. Trois autres étaient en voie de réparation, l'inoculation en a été infructueuse ; ces faits sont moins concluants.

M. Richet accepte ces chiffres, ceux qu'il a tirés de sa propre expérience sont peut-être au-dessous de la vérité ; mais, en revanche, la proportion de 58 sur 98 donnée par M. Sirus Pirondi paraît dans tous les cas trop forte.

— M. Michon, rapporteur d'un travail de M. Reybard, fait observer que ce mémoire vient d'être publié. En conséquence, et d'après le règlement, il dépose sur le bureau le manuscrit, qui dans ces circonstances ne doit pas être l'objet d'un rapport.

Le bureau de la Société statuera sur cet incident.

— M. Huguier présente un sujet atteint de lésions traumatiques de la main qui ont causé une luxation en avant des deux premiers métacarpiens. Cette observation sera publiée.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Tome XXXVIII des *Medico-chirurgical Transactions ;*

Le tome IV des *Archives de Prague* pour l'année 1855 ;

Mémoire sur un procédé simple , commode et peu douloureux pour établir et entretenir le séton à la nuque , par M. le docteur Bouvier ;

Recherches sur la nature, la forme et le traitement des paralysies des membres inférieurs, par le docteur Raoul Leroy d'Etiolles.

— L'ordre du jour appelle un vote de la Société sur le rapport de M. Richet sur M. Sirus Pirondi. Conformément aux conclusions du rapporteur, le travail est déposé aux archives , et M. Sirus Pirondi, ayant obtenu la majorité des suffrages , est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

— M. Guersant lit au nom d'une commission composée de MM. Debout , Huguier et Guersant un rapport sur un travail de M. Bouchacourt, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon , professeur adjoint de clinique chirurgicale. Voici ce travail.

Recherches sur l'atrésie vulvaire. — L'étude de l'atrésie vulvaire offre aujourd'hui encore plusieurs points obscurs , et qui demandent, pour être éclairés , de nouvelles et attentives observations.

Ayant vu pendant mon service de la Charité un certain nombre de cas susceptibles de jeter quelque jour sur cette histoire , j'ai pensé qu'il y aurait de l'intérêt pour la Société de chirurgie à lui faire part d'une manière succincte de quelques-unes de mes observations personnelles, me réservant de leur donner ultérieurement une forme plus scientifique dans un travail plus étendu.

Complète ou incomplète , l'atrésie vaginale peut être congénitale ou acquise. Cette dernière a été le mieux étudiée jusqu'à présent. Tout le monde sait que des brûlures , des inflammations , des ulcérations , la gangrène, etc....., peuvent amener à la vulve et le long du conduit vulvo-utérin des resserrements considérables , de véritables oblitérations, dont la présence se révèle d'une manière fâcheuse, soit au moment de la menstruation ou à l'occasion des rapprochements sexuels , soit au moment de l'accouchement. Tous les chirurgiens ont vu des cas de ce genre ; les accoucheurs en ont maintes fois signalé les dangers, en indiquant les méthodes curatives à leur appliquer.

On se trompera quelquefois sur l'origine de ces atrésies. La malade

qui fait le sujet de l'observation recueillie dans le service de Nichet en 1837, et dont j'ai publié l'histoire (1), avait une bride parfaitement circulaire; on fit l'incision multiple, l'accouchement put avoir lieu : on resta convaincu qu'il s'agissait d'une altération congénitale. Longtemps après cependant, j'ai su que cette fille avait eu déjà une première grossesse, un accouchement laborieux qui avait réclamé l'emploi du forceps, occasionné la gangrène du vagin et une cicatrice circulaire consécutive.

J'ai rencontré depuis plusieurs cas où la gangrène et l'inflammation réparatrice ont amené des atrésies partielles par la production de brides plus ou moins irrégulières. J'ai surpris deux fois les éléments formateurs de brides circulaires qui ont pu ou qui pourront plus tard jeter du doute sur le mode de développement d'une atrésie que j'ai considérée comme inévitable, bien que les malades ne soient pas restées sous mes yeux jusqu'au moment de la cicatrisation.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une fille de seize ans, qui accoucha à la Maternité; le travail fut long, se termina néanmoins naturellement, bien qu'il se fît presque complétement à sec. Une portion du vagin, tout près de la vulve, résista assez longtemps, présentant la forme d'un bourrelet circulaire, que je pris pour le col utérin abaissé; enfin la tête parut à la vulve et se dégagea. Au bout de quelques jours, il se détacha une portion considérable de muqueuse, sous forme d'un manchon, de près de trois centimètres de longueur, occupant très régulièrement et très exactement toute la circonférence du vagin.

Chez une petite fille de onze ans, des tentatives criminelles amenèrent une inflammation traumatique vaginale des plus intenses; la membrane hymen, gonflée, rouge, faisait saillie à la vulve, et se gangrena dans les deux tiers internes de son étendue, laissant un anneau circulaire enchâssé dans l'épaisseur du vagin, siége lui-même d'une inflammation suppurative, éliminatrice et réparatrice, qui a bien pu consécutivement amener la formation d'une bride circulaire au même lieu, plus résistante que la membrane hymen normale.

M. le docteur Tavernier, qui fut appelé pour constater ce fait au point de vue de la médecine légale, observa avec moi cette altération, et pensa même un moment, tant l'inflammation et l'engorgement des parois vaginales étaient considérables, qu'il s'agissait d'un prolapsus utérin. Une inspection plus attentive et le toucher pratiqué avec soin

---

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XIV, page 285, année 1838.

et ménagement nous éclairèrent plus complétement, et nous permirent d'affirmer que l'utérus n'était pour rien dans ce désordre.

L'atrésie vulvaire ou superficielle est la plus fréquente. Souvent c'est un vice de conformation congénital. Son interprétation n'ayant pas jusqu'ici été convenablement donnée, il m'a paru utile de vous communiquer le résultat de mes recherches.

Sur dix cas d'atrésie vulvaire que j'ai observés attentivement au point de vue du siége immédiat de l'oblitération, neuf fois les petites lèvres étaient l'élément oblitérateur, une fois les grandes lèvres. Dans ce dernier cas, l'atrésie était le résultat d'une brûlure dont la cicatrisation n'avait pas été surveillée avec soin. L'adhésion, qui était assez régulière, comprenait la partie muqueuse des grandes lèvres sur une longueur de plus de 2 centimètres. Une incision avec un bistouri étroit conduit sur une sonde cannelée passée au-dessous, et des pansements isolants firent justice de cette cicatrisation vicieuse.

Dans les neuf autres cas, la réunion des petites lèvres à divers degrés était l'élément unique de l'oblitération, qui était complète pour le vagin, mais constamment incomplète pour le canal de l'urètre.

La plus jeune de ces enfants était âgée de quelques jours; la plus âgée avait sept ans. Chez la plupart, l'émission des urines était la fonction essentiellement troublée; le jet perdait de sa force, se divisait, et se brisait contre la face postérieure de la membrane. Chez quelques-unes, la marche favorisait ce trouble fonctionnel, qui chez la plupart n'avait pas été reconnu immédiatement après la naissance.

Chez toutes, moins deux, une incision simple avec un bistouri conduit sur la sonde cannelée ou de petits ciseaux allongés suffit à détruire l'atrésie congénitale. De petites bandelettes de linge enduites de collodion, appliquées de chaque côté, m'ont paru le meilleur pansement isolant, le plus sûr défensif contre le passage douloureux des urines. Dans les deux derniers exemples que j'ai rencontrés, l'analogie m'a conduit à un traitement plus simple, et qui, je l'espère, restera comme thérapeutique rationnelle de ce genre de difformité.

Voici comment j'ai été conduit à la notion étiologique de ce vice de conformation.

Ayant eu à opérer plusieurs cas de phimosis congénital chez les petits garçons, avec adhérence du prépuce au gland, je me suis aperçu (je parle du phimosis congénital, je le répète) que ces adhérences latérales au frein, circulaires à la base du gland et sur la plus grande étendue de sa surface, ne résistaient point à un rebroussement fait avec une pression forte et ménagée, ayant le soin d'enduire préalable-

ment d'huile les parties que l'on veut faire *désadhérer*, si l'on peut ainsi parler.

Appliquant ces données fournies par la théorie, et basées sur l'expérience, au traitement de l'atrésie vulvaire par occlusion des petites lèvres, j'ai pu deux fois, sur deux opérations ainsi tentées, détruire l'adhérence médiane, en écartant chaque moitié de la membrane obturatrice avec les pouces appliqués de chaque côté; rétablir l'orifice dans son intégrité, sans tiraillement douloureux, sans écoulement sanguin, sans l'inflammation consécutive qui avait lieu, dans les cas même les plus simples opérés avec le bistouri et la sonde cannelée.

Je conclus en disant que :

1° Le siége immédiat de l'occlusion vulvaire est presque toujours dans les petites lèvres.

2° Ce qu'on a pris pour la membrane hymen à un examen superficiel n'est le plus souvent qu'une adhérence des deux petites lèvres sur la ligne médiane, l'hymen étant situé plus profondément et dans l'état normal.

3° Cette adhérence des petites lèvres a semblé dans deux cas n'être que la conséquence d'une juxtaposition tellement intime, analogue à la juxtaposition des surfaces observée en physique et étudiée au chapitre des *Phénomènes capillaires*, qu'on a pu voir là une *adhésion* organique, et la nécessité de la détruire par l'instrument tranchant.

4° Un écartement lent, fait avec des tractions ménagées et continues, a parfaitement réussi dans les deux cas où il a été tenté. C'est un motif suffisant, quelque incertaine que puisse être la théorie, pour y revenir de nouveau dans la pratique.

5° La méthode des *tractions*, ou du *décollement*, doit être substituée à celle des incisions pour la cure de l'atrésie vulvaire produite par l'adhérence des petites lèvres.

RAPPORT DE M. GUERSANT (1).

Messieurs, le travail de M. Bouchacourt, dont je viens de vous donner l'analyse, est intéressant sous plusieurs rapports : d'abord parce qu'il attire l'attention sur un sujet peu étudié dans les auteurs; ensuite notre confrère signale ce qu'il a observé relativement aux atrésies accidentelles, en faisant remarquer que quelques-unes des atrésies

(1) **La partie du rapport qui ne renferme que l'analyse du travail de M. Bouchacourt est ici supprimée. Ce qui suit contient la critique et l'appréciation du rapporteur.**

peuvent être prises pour des adhérences congénitales, et sont cependant consécutives à des lésions extérieures, applications de forceps, attentats à la pudeur, etc.

A cette occasion, nous avons pu voir tout récemment dans notre service combien la réflexion de M. Bouchacourt est fondée : une petite fille, victime de la brutalité de son père, qui expie aujourd'hui son crime au bagne, nous a été amenée par sa mère, et nous avons pu constater cinq à six mois après l'attentat une cicatrice sous forme de bride très-résistante et très-forte, s'étendant d'une petite lèvre à l'autre vers la commissure postérieure, et rétrécissant ainsi d'une manière très-forte l'orifice du vagin. Plus tard, lorsque cette enfant sera en âge d'être mariée, ce rétrécissement pourra bien être considéré comme congénital par ceux qui n'auront point connaissance du crime.

Notre confrère, passant ensuite aux atrésies congénitales, fait remarquer que dans neuf cas qu'il a eu occasion d'observer, l'oblitération était complète pour le vagin, mais ne s'étendait pas au-devant de l'urètre, et que les petites lèvres étaient seules réunies par une membrane très mince; que sur ces neuf cas l'une des enfants avait quelques jours, et que les autres étaient plus âgées, mais que la plus grande avait sept ans, et que chez la plupart l'adhérence n'avait pas été constatée à la naissance.

A cette occasion, nous aurions voulu que notre confrère pût nous éclairer sur une question que nous nous sommes plusieurs fois posée : ces adhérences des petites lèvres sont-elles congénitales ou accidentelles ? Sur une cinquantaine de cas que nous avons observés chez des enfants de deux ans à sept ou huit ans, il nous a été impossible d'affirmer dans plusieurs cas que l'adhérence fût congénitale, car les mères ont assuré qu'elles n'avaient pas remarqué cette difformité à la naissance; d'une autre part, ayant invité nos collègues MM. Cullerier et Danyau à chercher s'ils constateraient ces adhérences sur les petites filles qu'ils voient à la naissance soit à l'hôpital de Lourcine, soit à la Maternité, ils nous ont dit ne pas en avoir rencontré. Notre honorable collègue, M. Cazeaux, a eu, lui, occasion de constater cette adhérence une seule fois à la naissance.

Le rapprochement des observations de M. Bouchacourt et des miennes, ce que nos collègues de la Société nous ont dit avoir observé, nous font émettre cette proposition : les adhérences des petites lèvres qu'on observe assez souvent chez les petites filles ne sont pas toujours congénitales et pourraient bien se développer, avant ou après la naissance, à la suite d'une vulvite analogue à la balanite observée si souvent chez

les petits garçons, et dans laquelle on remarque des adhérences du prépuce semblables aux adhérences vulvaires dont nous venons de parler.

Cette opinion est loin de celle des anciens et même des modernes, et je la soumets ici à mes honorables collègues.

Quant à ce que propose M. Bouchacourt, de rompre par déchirure ces légères adhérences de la vulve, c'est ce que nous faisons depuis plusieurs années à l'hôpital des Enfants, et nous croyons qu'il n'y a rien de mieux à faire et que l'instrument tranchant est inutile. Un corps étranger placé entre les petites lèvres, linge ou charpie, posé deux ou trois jours de suite, empêchera le rapprochement et une nouvelle adhérence, qui ont quelquefois lieu sans cette précaution.

Nous terminerons en disant que nous adoptons les cinq conclusions du travail de M. Bouchacourt; elles sont dictées évidemment par un esprit bon observateur, dont notre confrère a donné plusieurs fois des preuves dans un très grand nombre d'articles de chirurgie publiés dans les journaux de médecine.

Vous savez d'ailleurs, messieurs, quels sont les titres officiels du candidat.

En conséquence, nous vous proposons :

1° Que le travail de M. Bouchacourt, ou au moins un extrait, soit inséré dans nos bulletins;

2° Que notre confrère soit nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. GUERSANT.

M. Verneuil. Le nom d'*atrésie vulvaire*, que M. Bouchacourt a adopté pour désigner les lésions qu'il décrit, paraît mal choisi. En effet, ce chirurgien distingue cette difformité en congéniale et acquise. Or, les cas qu'il publie comme se rapportant à la seconde catégorie appartiennent plutôt à l'atrésie vaginale qu'à l'atrésie vulvaire. Une seule observation fait exception; elle a trait à cette adhérence des grandes lèvres suite d'une brûlure dont la cicatrisation n'avait pas été surveillée avec soin. Une incision simple et des pansements isolants *firent justice* de cette cicatrisation vicieuse. Il est regrettable que cette observation soit rapportée d'une manière aussi concise, et que nous ignorions si la malade a été revue. Personne n'ignore, en effet, qu'opposée aux coarctations, aux oblitérations, aux adhérences accidentelles et cicatricielles, l'incision simple, avec ou sans interposition de corps étrangers, compte à peu près autant d'insuccès que de tentatives. La

section simple des rétrécissements de la bouche, des paupières, de l'anus, du méat urinaire, de l'ouverture des narines, etc., peut donner, en apparence, un bon résultat; mais il est, en général, de peu de durée; la récidive ne tarde pas à se montrer, et parfois l'opération a aggravé le mal. C'est là une vérité incontestable pour toutes les cicatrices unissantes ou oblitérantes des orifices naturels. Si l'on prend pour exemple frappant le rétrécissement de l'orifice buccal, on sait que la cure radicale de cette difformité ne date que de l'introduction des procédés de Werneck, improprement attribués à Dieffenbach. Cette raison doit imposer la réserve relativement à la courte note de M. Bouchacourt.

L'adhésion congéniale des petites lèvres entre elles, que M. Bouchacourt décrit, et qu'il compare à l'adhésion qui s'observe chez les jeunes sujets entre le prépuce et le gland, mérite bien moins encore le nom d'*atrésie vulvaire*.

La classe des atrésies congéniales des orifices muqueux forme, au point de vue chirurgical, comme au point de vue tératologique, un groupe très naturel qu'il importe de conserver.

Au point de vue tératologique, l'atrésie s'explique par un arrêt de développement en vertu duquel l'abouchement entre deux cavités formées isolément ne s'effectue point, ou bien lorsque l'une de ces cavités manque ou ne s'étend pas jusqu'à ses limites naturelles. C'est ainsi que s'expliquent naturellement les nombreuses variétés d'imperforation anale, les imperforations palpébrales, vaginales, urétrales, etc.; les valvules congéniales qui rétrécissent ces conduits, etc.

Cet arrêt de développement amène dans les voies génitales du fœtus femelle l'imperforation de l'hymen ou l'absence des parties de la vulve analogue à l'absence complète de l'anus proprement dit. La manière dont se forment les petites lèvres ne permet pas de concevoir comment elles pourraient n'être pas perforées; et si cela s'observait, il faudrait admettre qu'elles ont contracté tout simplement des adhérences par suite d'une maladie intra-utérine, une sorte de cicatrisation anormale. Ce serait une atrésie accidentelle, mais non congéniale, à proprement parler.

Comme ce fait est encore à l'état d'hypothèse, il n'y a pas à s'en préoccuper; c'est ce qui fait que je rejette le nom d'atrésie vulvaire, qui ne doit être attribué, dans l'état actuel de la science, qu'aux imperforations réelles de la vulve, sans analogie avec les cas précédemment cités.

M. Bouchacourt, du reste, suscite lui-même l'objection en compa-

rant son atrésie vulvaire à l'adhérence du prépuce et du gland chez les jeunes sujets. Si, en effet, on adoptait son langage, il faudrait confondre logiquement sous la même dénomination cette adhérence, le phimosis et l'imperforation du prépuce.

Tout prouve qu'il ne s'agit, dans les deux cas, què d'une simple agglutination par de la matière épidermique; et dès lors on comprend bien comment, dans les deux cas, il suffit d'une traction pour détruire sans effusion de sang, une coalescence aussi faible. Au point de vue chirurgical, les atrésies véritables sont beaucoup plus sérieuses; et, comme je viens de le dire, il ne faudrait rien espérer ni d'un moyen aussi aisé ni même d'incisions simples, qui constituent une intervention beaucoup plus sérieuse.

Le nom de *méthode du décollement* me paraît un peu ambitieux pour une manœuvre à laquelle suffisent la sonde cannelée, un tiraillement exercé avec les deux pouces, quelques injections, à la rigueur, et qui d'ailleurs, pour le prépuce au moins, est souvent superflu, l'adhérence se détruisant toute seule.

M. Ledru, dans une bonne thèse sur la membrane hymen (thèse de Paris, 1855, nº 231), signale à la page 20 une agglutination des grandes lèvres par une pellicule mince, blanchâtre, très fragile, que l'ongle déchire facilement, et qui me paraît se rapporter à ce que décrivent MM. Bouchacourt et Guersant.

M. Guersant admet l'objection faite par M. Verneuil relativement au peu d'efficacité de l'incision contre le rétrécissement cicatriciel; il a bien des fois incisé sans succès les brides de la brûlure et les oblitérations ou adhésions qui en résultent.

Il a séparé une cinquantaine de fois environ les petites lèvres réunies comme l'a fait M. Bouchacourt. Une simple traction, le passage de la sonde cannelée lui ont suffi; peut-être, en raison de cela et à cause de l'analogie avec l'adhérence du prépuce au gland, ferait-on mieux de ne pas se servir ici du mot d'atrésie vulvaire.

M. Cazeaux pense aussi que le nom d'atrésie ne convient pas à la simple agglutination des petites lèvres, et qu'il faut réserver cette dénomination aux rétrécissements accidentels ou congéniaux plus résistants. MM. Guersant et Bouchacourt ont dans leur pratique substitué les tractions simples à l'emploi du bistouri; peut-être même on pourrait ne rien faire du tout, car il est probable que cette adhérence peut se détruire spontanément, si l'on en juge du moins par sa fréquence chez les très-jeunes enfants et sa rareté chez les filles ou les femmes.

M. Guersant croit que la maladie peut disparaître spontanément, il

est vrai, mais il pense qu'il est bon néanmoins de détruire l'adhésion, quand cela n'aurait pas d'autres avantages que d'évacuer les amas épidermiques situés en arrière.

Ces amas, en effet, sont irritants et peuvent amener des vulvites, qui pourraient elles-mêmes être cause d'adhérences consécutives. Le décollement, étant fait de bonne heure, permet les soins de propreté et prévient les adhésions; c'est ce qui fait qu'on les observe si rarement plus tard.

M. Debout croit également qu'il est utile d'intervenir, parce que le méat urinaire est quelquefois recouvert par la membrane, et que l'urine séjourne et se mêle à la sécrétion épidermique, et cause des concrétions et des inflammations de la vulve.

M. Danyau croit rare cette forme d'adhérences; il n'en a vu qu'un cas, et encore il n'était pas congénial. Il est bon de détruiro l'union avec la sonde, mais probablement elle se détruirait toute seule.

— Suivant les conclusions du rapport de M. Guersant, la candidature de M. Bouchacourt est mise aux voix.

Ce chirurgien, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

— M. Broca lit un rapport sur les travaux de M. le docteur Hannover (de Copenhague). Il propose l'admission de ce chirurgien parmi les membres correspondants.

Cette conclusion est mise aux voix, et M. Hannover est nommé, *à l'unanimité*, membre correspondant.

Amputation coxo-fémorale. — M. Larrey fait un rapport (1) sur un Mémoire relatif à l'*amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche*, par M. le professeur Sands Cox (de Birmingham), candidat au titre de membre correspondant.

M. le rapporteur analyse dans toute son étendue cet important ouvrage, publié à Londres en 1845, et comprenant d'abord toute l'histoire de l'amputation coxo-fémorale jusqu'à cette époque, ses succès, et ses revers beaucoup plus nombreux; ensuite les causes diverses qui peuvent justifier cette redoutable opération; puis des remarques anatomiques et les trois méthodes avec leurs procédés; la préférence de l'auteur pour la méthode à lambeaux; une modification de lui aux procédés combinés de Béclard et de Lisfranc; l'application heureuse

(1) Au nom d'une commission composée de MM. Lenoir, Richet et Larrey.

de co mode opératoire à un cas de lésion organique de la cuisse chez une jeune femme autrefois amputée de la jambe pour une maladie du pied; la description anatomo-pathologique d'une dégénérescence ostéo-fibreuse du moignon jusqu'à un point assez élevé pour avoir nécessité l'amputation coxo-fémorale; l'appréciation des soins secondaires; et enfin, sous forme de tableaux statistiques, l'indication de 26 cas de succès connus et de 58 insuccès publiés dans l'espace de près d'un siècle.

En terminant l'analyse de ce mémoire, M. le rapporteur signale à l'attention de la Société quelques autres travaux de M. Sands Cox, qui occupe une haute position chirurgicale en Angleterre comme membre de la Société royale de Londres et du Collége royal des chirurgiens, comme doyen de la Faculté du Collége à Birmingham et professeur de chirurgie à l'hôpital de la même ville, etc.

La conclusion proposée par le rapport de la commission est de nommer M. le professeur Williams Sands Cox (de Birmingham) membre correspondant de la Société de chirurgie.

La Société, eu égard à l'heure avancée, ajourne à la prochaine séance le vote do l'élection de M. Cox, et décide que le rapport sera publié dans les *Mémoires*, à la suite d'un autre rapport sur la désarticulation de la cuisse.

Le secrétaire de la Société : Aristide VERNEUIL.

Séance du 2 janvier 1856.

Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. CHASSAIGNAC donne une description détaillée de la pièce d'ostéo-myélite qu'il avait montrée à la fin de la séance dernière et communique l'observation suivante :

Homme de trente-deux ans, de très bonne constitution, courtier en marchandises, faisant habituellement de longues courses à pied; coup violent contre une pierre au tiers inférieur de la cuisse droite six semaines avant l'entrée à l'hôpital; épanchement sanguin considérable; continuation de l'exercice et de la marche.

Au bout de trois semaines, phénomènes inflammatoires; repos au lit pendant quelques jours; reprise des occupations habituelles pen-

dant les quinze jours qui précèdent l'entrée à l'hôpital, qui a lieu le 30 novembre 1855.

Fémur considérablement épaissi dans son tiers inférieur; existence d'un bourrelet abrupte et dur à la limite du gonflement; foyer fluctuant considérable; issue de pus et de sang altéré.

Le 4 décembre, cinq jours après l'entrée, signes d'arthrite purulente dans le genou; immobilité absolue du membre malade.

Nombreuses incisions; proposition d'amputation, qui est repoussée. Diarrhée abondante et continue, subdélirium la nuit.

Mort le 19 décembre, vingt-deuxième jour de l'entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, épanchement purulent dans les articulations fémoro-tibiale et coxo-fémorale droites.

Abcès métastatique en arrière du sternum. Foie, rate, poumons, cœur parfaitement sains; aucune trace de tubercules.

Epaississement considérable du fémur droit dans son tiers inférieur. Couches épaisses de tissu osseux de nouvelle formation. Le périoste n'est décollé que dans un espace très circonscrit, au niveau duquel s'est établie une perforation du canal médullaire de l'intérieur à l'extérieur. Le canal médullaire, notablement agrandi dans sa moitié inférieure, est rempli de pus à l'état demi-concret, demi-liquide. La partie de ce canal qui est occupée par du pus est séparée de la moitié supérieure par une obturation complétement osseuse du canal médullaire. Une membrane épaisse et injectée enveloppe la collection purulente, dans laquelle le microscope ne fait découvrir rien autre chose que des globules de pus, de la fibrine et de la graisse.

La lésion dont nous venons de présenter le résumé, quelle est-elle? Est-ce une ostéite du fémur? Est-ce une tuberculisation dans le canal médullaire de cet os? Nous ne le pensons pas.

Pour nous, la véritable désignation de la maladie, c'est celle-ci: ***Ostéo-myélite suppurante aiguë survenant dans le cours d'une ostéite non suppurative de la moitié inférieure du fémur.***

Si cette désignation est exacte, elle doit rendre compte de toutes les dispositions anatomiques existant sur la pièce que je présente. Et, de plus, toute autre interprétation doit être repoussée par l'examen et les particularités de cette pièce. Que présente-t-elle donc?

1° Un canal médullaire rempli de pus demi-concret, demi-liquide. C'est du pus et non du tubercule, puisque l'examen microscopique et l'aspect de la pièce le démontrent. C'est donc bien là une ostéo-myélite suppurante.

2° Que trouve-t-on encore? Un os épaissi par l'addition récente de

couches osseuses de nouvelle formation; un canal médullaire agrandi; ce même canal fermé par une hypersécrétion osseuse à la limite de la portion d'os malade. Est-il possible d'attribuer cet état hypertrophique à autre chose qu'à une ostéite non suppurative de la moitié inférieure du fémur?

M. Gosselin fait observer :

1° Que, sur cette pièce, on observe les lésions d'une ostéite générale et non pas celles d'une ostéo-myélite seulement; c'est une ostéite qui, à une certaine époque, s'est terminée par la suppuration du centre de l'os;

2° Que la membrane enveloppant le pus et la matière concrète ne doit pas être prise pour une membrane médullaire normale, attendu que la cavité dans laquelle on la voit est placée au-dessous du point où finit le canal médullaire : c'est une cavité accidentelle consécutive à la disparition de la substance spongieuse; la membrane kystique qui enveloppait le pus est donc de nouvelle formation et analogue à la membrane pyogénique des cavités purulentes;

3° Que la coupe de l'os est rouge en certains points et très-pâle en d'autres, qui cependant ne sont pas nécrosés.

M. Gosselin a remarqué que dans la plupart des ostéites, comme dans les tumeurs blanches, on voit ce mélange d'hypérémie et d'anémie en divers points d'un même os, mélange qui semble indiquer que, l'équilibre étant rompu dans la répartition des matériaux nutritifs, certains points en reçoivent trop et les autres n'en reçoivent plus assez.

M. Gosselin demande, en outre, si le malade n'a pas eu les symptômes et les lésions de l'infection purulente. Sur la réponse affirmative de M. Chassaignac, il fait observer que c'est encore un exemple de la relation qui existe entre les maladies de la moelle et l'infection purulente.

M. Marjolin. Je rapprocherai du fait de M. Chassaignac l'observation suivante, que j'ai recueillie étant interne à Beaujon. Je vous montre le dessin que j'ai fait sur la pièce fraîche.

La malade, qui était âgée de cinquante-huit ans, était entrée le 26 juin 1838 pour une fracture du col du fémur consécutive à des coups de sabot reçus sur la cuisse. Sauf un peu de douleur dans l'articulation malade, cette femme était restée un mois sans éprouver aucun accident; au bout de ce temps, un érysipèle phlegmoneux se manifesta à la partie postérieure de la cuisse; une incision donna issue à une quantité considérable de pus. Les accidents avaient diminué,

lorsqu'un nouvel érysipèle phlegmoneux envahit la jambe et le haut du pied, et bientôt la malade succomba épuisée par la suppuration et la douleur, qu'on attribuait tout naturellement à la fracture du fémur.

A l'autopsie, on put constater l'existence d'une fracture intra-capsulaire; puis, en examinant le foyer principal de suppuration de la cuisse, on trouva au milieu d'une véritable périostite un trajet fistuleux pénétrant dans l'intérieur du canal médullaire.

Le fémur, scié suivant sa longueur, nous présenta les altérations suivantes : Au niveau de la fracture, il existait un épanchement sanguin très incomplétement résorbé : toute la substance médullaire de l'os était plus injectée que dans l'état normal. Un peu au-dessous de la partie moyenne, il n'existait plus de substance médullaire ; elle était totalement détruite et remplacée par un vaste clapier communiquant au dehors par le trajet fistuleux dont je vous ai parlé. Le foyer purulent était tapissé par une membrane grisâtre. Quant à l'os, il avait subi, dans la presque totalité de la diaphyse, une véritable hypertrophie ; de plus, sa face externe, au pourtour de la fistule, présentait de nombreuses inégalités résultant probablement de l'inflammation du périoste.

Ce genre de maladie des os est, du reste, assez fréquent chez les enfants, soit qu'elle se manifeste d'une manière spontanée, soit qu'elle résulte d'une cause traumatique.

M. Houel. Le musée Dupuytren renferme un grand nombre de pièces de ce genre ; mais quelques-unes sont difficiles à classer, faute de renseignements. M. Nélaton en a, pour sa part, donné plusieurs sous le nom de tubercules des os. Elles présentent, comme la pièce de M. Chassaignac, une cavité avec des parois osseuses épaisses et formées d'un tissu très compacte. Ce caractère suffisait à M. Nélaton pour affirmer qu'il s'agit d'un foyer tuberculeux. Il est vrai que l'hypertrophie des couches osseuses périostiques se rencontre aussi dans les cas de tubercules enkystés ; mais, comme l'a déjà fait remarquer M. Gerdy, elle n'a rien de pathognomique. Comme cette hypérostose périphérique peut se rencontrer à la suite de plusieurs lésions différentes, elle ne saurait caractériser le tubercule osseux. L'opinion de M. Nélaton ne peut donc pas être acceptée ; elle est encore contredite par la pièce que vient de présenter M. Marjolin, et par un exemple d'ostéo-myélite donné au musée Dupuytren par M. Veiss, chirurgien militaire distingué.

M. Larrey a eu occasion de montrer à M. Gerdy, dans le musée du Val-de-Grâce, différentes formes d'ostéite, parmi lesquelles se trouvent des pièces analogues à celle qui vient d'être présentée sous la désigna-

tion d'ostéo-myélite, et qui semble se rattacher à l'ostéo-périostite condensante.

M. Hervez de Chégoin s'étonne de voir le centre de l'os occupé par un tissu osseux très compacte, alors que l'origine du mal ne remonte pas à plus de deux mois ; on sait, en effet, que dans les fractures le cal définitif, très dense, ne commence à apparaître qu'au troisième mois.

M. Huguier n'est pas surpris, au contraire, de cette hyperostose ; les os peuvent acquérir en deux mois un volume considérable. D'ailleurs ici le tissu nouveau est encore mou et vasculaire ; l'ongle peut l'entamer, et sa coloration est rougeâtre.

M. Chassaignac combat l'interprétation de M. Houel, qui pense que l'hyperostose est due à la présence du pus dans le canal médullaire. Il croit que dans l'ostéo-myélite aiguë il n'y a jamais de sécrétions périostales, mais bien au contraire un décollement du périoste. Il est convaincu que dans la pièce qu'il présente l'hyperostose a précédé la suppuration intérieure ; c'est pourquoi il la considère comme une ostéomyélite aiguë, entée sur une ostéite de bonne nature ou simplement hypertrophique.

M. Houel n'est pas convaincu que l'inflammation aiguë de la moelle ne puisse jamais amener d'hyperostose périostique.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bouchacourt, médecin sortant de l'hôpital de la Charité de Lyon, adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination comme membre correspondant.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Maladies chroniques de l'appareil locomoteur (Leçons cliniques de M. le docteur Bouvier recueillies par M. E. Bailly) ;

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1853-1854, par M. A. Simonin ;

Traité des sections tendineuses et musculaires, suivi d'un *Mémoire sur la névrotomie sous-cutanée*, par M. Bonnet (de Lyon).

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bec-de-lièvre compliqué. — M. Guersant présente un jeune enfant de douze jours affecté d'un bec-de-lièvre double, avec hypertrophie du vomer et projection en avant du tubercule incisif ; il a désiré le soumettre à la Société avant de l'opérer.

Le meilleur procédé à suivre dans ces cas est celui de Blandin, qui

consiste à réséquer une portion triangulaire de la cloison, puis à refouler en arrière le tubercule incisif. Blandin faisait cette résection avec des ciseaux.

M. Guersant a fait fabriquer un instrument spécial, une sorte d'emporte-pièce, qui lui paraît plus avantageux.

Il se propose de faire l'opération en trois temps. D'abord la cloison sera excisée, puis le tubercule refoulé en arrière; plus tard on fera la suture d'un côté, à gauche, par exemple; plus tard encore, du côté opposé. Il est très-important, pour le succès, de faire l'opération en plusieurs temps. Pour avoir négligé cette précaution, M. Guersant a vu succomber plusieurs enfants à la suite de graves accidents, et de convulsions en particulier; au contraire, depuis qu'il a scindé l'opération, il a réussi deux fois.

DISCUSSION.

M. Richet demande le nombre exact des succès qui ont été obtenus à l'aide du procédé de Blandin. Il objecte d'abord qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un instrument particulier pour la résection de la cloison, et que des ciseaux courbes sont très-commodes et très-suffisants; mais ce qu'il importe de connaître, ce sont les résultats. Pour sa part, il a pratiqué trois fois cette opération, et il est bien décidé à n'y avoir plus jamais recours à l'avenir; ses trois opérés, en effet, sont morts de convulsions à la suite d'hémorrhagies très-difficiles à arrêter. Le dernier enfant qu'il opéra à l'hôpital Saint-Antoine lui avait été amené par M. Hérard: il était âgé de dix à douze jours, et était très-bien constitué. La résection fut faite sans difficulté avec des ciseaux; mais survint alors une hémorrhagie qui faillit étouffer l'enfant. On employa le perchlorure de fer, puis la compression au moyen d'une bandelette de diachylon engagée dans la perte de substance osseuse et dont les deux chefs furent ramenés sur le front; on parvint à grand'peine à arrêter le sang. L'enfant mourut le lendemain dans les convulsions.

M. Verneuil. Le procédé de Blandin est cité dans tous nos livres récents, il est décrit dans les traités de médecine opératoire, on le recommande dans les cours lorsqu'il s'agit d'un bec-de-lièvre compliqué, mais personne ne parle de ses résultats, de ses avantages, de ses inconvénients. Il est donc fort important que les chirurgiens qui ont eu l'occasion de l'employer nous instruisent de sa valeur.

Nous ne savons pas même combien de fois et avec quel succès Blandin lui-même a pratiqué son opération. J'ai entendu dire, et je retrouve

dans mes notes que le sujet sur lequel elle a été mise pour la première fois en usage mourut de scarlatine au bout de deux mois, et qu'à cette époque le tubercule était mobile encore. Il faut avouer qu'*à priori* on concevrait difficilement qu'il en fût autrement. En effet, après avoir réséqué la cloison, on refoule le tubercule en arrière, et on l'enclave entre les deux os maxillaires supérieurs écartés. Mais les surfaces qui se trouvent ainsi mises en contact sont revêtues par la muqueuse épaisse des gencives, et sont par conséquent peu disposées à adhérer entre elles et à se fusionner solidement.

Une autre objection surgit encore. Le tubercule incisif porte quatre dents. Sur une pièce que j'ai eue à ma disposition, les deux incisives médianes étaient sorties et assez normalement dirigées en bas; les deux latérales étaient encore cachées sous la gencive. Mais en ouvrant es alvéoles on voyait qu'elles étaient très-vicieusement dirigées, c'est-à-dire qu'elles seraient sorties obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. Non-seulement elles n'étaient pas verticales, mais elles étaient horizontales, et seraient venues s'implanter directement dans la portion du maxillaire contre laquelle le tubercule refoulé doit venir se souder.

Je me demande dès lors quels inconvénients aurait cette implantation vicieuse, et, faute de faits pour résoudre la question, je me contente de la poser.

On a proposé d'aviver préalablement les faces latérales du tubercule médian et les extrémités correspondantes du maxillaire. Mais cet avivement peut précisément ouvrir les bulbes dentaires, et la présence de ces cavités et de leur sécrétion ne peut-elle pas compromettre la réunion qu'on espère? Ces objections sont théoriques, il est vrai, mais cela prouve que les faits manquent pour y répondre, et qu'au jour actuel on ignore absolument si le procédé de Blandin a jamais complétement réussi, et si la consolidation de la pièce osseuse médiane a jamais été obtenue.

C'est là, au reste, l'histoire d'une foule d'opérations qui remplissent les livres, qui sont très-brillantes et très-ingénieuses à l'amphithéâtre, et sur lesquelles la science ne possède aucun renseignement certain.

M. Verneuil a vu une fois employer ce procédé, et l'essai n'a pas été de nature à le convaincre de son utilité. M. Broca, remplaçant Roux à l'Hôtel-Dieu, fit l'excision de la cloison. Une hémorrhagie assez intense survint; elle provenait de la lèvre postérieure de la section. La compression, l'application du perchlorure de fer furent impuissantes. M. Broca se détermina à enlever le tubercule, et put seulement

alors arrêter l'écoulement sanguin. L'opération définitive fut ajournée; elle fut faite plus tard avec un succès à peu près complet; la restauration de la sous-cloison seule ne fut pas immédiatement obtenue. En pareil cas, l'ablation serait probablement ce qu'il y aurait de mieux à faire.

M. Guersant. Blandin n'a pratiqué son procédé qu'une ou deux fois; il a réussi dans un cas. L'excision de la cloison est préférable à la fracture du pédicule du tubercule et à l'ablation de celui-ci; car non-seulement on ne sacrifie pas, comme dans ce dernier procédé, une partie naturelle, mais on l'utilise même en la faisant servir de support aux sutures labiales que l'on pratique ultérieurement, et qui sont ainsi mieux protégées contre l'action de la langue.

M. Richet pense que la section se fait aisément avec des ciseaux. Déjà Blandin était d'un avis contraire, et M. Guersant a remarqué, de son côté, que les ciseaux pratiquaient surtout très-mal la section postérieure. On a parlé d'hémorrhagie; mais elle est précisément due à l'emploi des ciseaux; dans les deux derniers cas, en effet, l'emporte-pièce a été mis en usage, et cet accident ne s'est pas montré. Au reste, l'écoulement sanguin peut toujours être arrêté au moyen d'un stylet rougi à blanc, qu'il faut toujours tenir prêt pour cette occurrence.

M. Guersant a opéré déjà cinq fois par le procédé de Blandin. Trois enfants sont morts assez rapidement; deux autres ont succombé, mais longtemps après, à des affections étrangères. Chez ces deux derniers, il a pu voir les sutures se réunir; mais il a remarqué qu'on éprouve de grandes difficultés à maintenir le lobule entre les maxillaires et à obtenir la soudure entre ces pièces séparées.

M. Huguier a observé plusieurs cas de bec-de-lièvre compliqués analogues à ceux que l'on vient de citer. Dans deux cas qu'il a opérés, il s'est contenté de briser le pédicule avec des pinces analogues à celles dont se servent les treillageurs. Ce procédé a l'avantage de ne point exposer à l'hémorrhagie. Il a revu les enfants très-longtemps après l'opération; le résultat était très-satisfaisant.

M. Richet est de l'avis de M. Guersant en ce qui concerne l'utilité de faire l'opération en deux temps. Il se proposait bien d'en agir ainsi, mais la mort rapide des enfants après le premier temps l'a empêché d'exécuter le second. M. Guersant accuse la section avec les ciseaux d'avoir produit l'hémorrhagie, que l'emporte-pièce préviendrait, au contraire. Mais si on s'en rapporte à la manière dont ces deux instruments divisent les tissus, c'est bien plutôt cet emporte-pièce qui, théoriquement, devrait laisser les vaisseaux béants.

Mais, dans tous les cas, M. Guersant a opéré cinq enfants, et, en résumé, tous les cinq sont morts plus ou moins rapidement. Il n'y a pas un succès à opposer à cette série malheureuse. Il faut convenir que ce résultat n'est ni favorable à l'opération ni propre à encourager de nouvelles tentatives.

M. Guersant. Les deux enfants chez lesquels l'opération a été faite en plusieurs temps ont survécu pendant plusieurs mois, et peuvent être considérés comme ayant guéri de l'opération elle-même. Comptant procéder de la même manière, il a voulu précisément montrer l'enfant à la Société avant d'agir.

M. Broca ignore si les faits de Blandin ont été publiés; mais il se rappelle avoir entendu dire à ce chirurgien qu'il avait revu un de ses malades très longtemps après l'opération, et que le tubercule médian n'était pas encore solide. Ce renseignement l'a beaucoup embarrassé dans un cas soumis à ses soins, et auquel M. Verneuil vient de faire allusion. Il chercha vainement, de son côté, des documents certains sur le procédé de Blandin, dont l'excellence ne lui était pas démontrée. Il songea aussi à la fracture du pédicule, conseillée par M. Gensoul. Mais il y renonça à cause de la résistance très-considérable du vomer. En effet, quoi qu'en vienne de dire M. Huguier, cette fracture ne doit pas toujours être facile. Dans le cas en question, l'hypertrophie osseuse de la cloison était si prononcée, que lorsque M. Broca tenta de faire la section, il ne put réussir avec des ciseaux courbes ordinaires, et ne put l'achever, non sans peine, qu'à l'aide de très-gros ciseaux que M. Charrière avait apportés.

Chaque section fut très-pénible; mais dès qu'elles furent faites, un double jet de sang jaillit des artères de la cloison. On fit le tamponnement; on employa le perchlorure de fer; le sang coula moins fort, mais ne s'arrêta pas complétement. M. Broca pensa alors à refouler le tubercule en arrière pour comprimer directement l'une contre l'autre les deux surfaces saignantes. Une nouvelle difficulté surgit. La cloison était tellement forte et épaisse, que malgré l'excision qui y avait été pratiquée, le tubercule ne pouvait être refoulé en arrière. On fit inutilement des pesées très fortes, et on fut obligé de fracturer le pédicule. Lorsqu'enfin le tubercule fut refoulé en arrière, M. Broca s'aperçut qu'il dépassait encore beaucoup les os maxillaires et ne pouvait être enclavé dans leur intervalle. Il aurait fallu exciser la cloison dans une plus grande étendue; mais tout cela avait été long, le sang coulait toujours. L'extirpation du tubercule incisif parut plus sûre, plus expéditive : elle fut pratiquée. Il fut alors facile d'arrêter l'hémorrhagie.

L'écoulement sanguin fut beaucoup plus malaisé à tarir à la face profonde du petit lambeau cutané qui recouvrait le tubercule incisif et se continuait avec le lobule du nez. Les applications froides, la compression exercée avec deux doigts furent impuissants; il fallut recourir au perchlorure de fer. Il n'y avait pas lieu de tenter la réunion de surfaces cautérisées par cet agent, et la fin de l'opération dut être remise à une autre séance. C'est ce qui fut fait avec succès quelques jours plus tard.

M. Denonvilliers. Les questions de médecine opératoire qui viennent d'être agitées ont certainement un grand intérêt; mais elles sont subordonnées à celle-ci : convient-il d'opérer à l'âge de l'enfant qui vient d'être présenté? Les faits semblent répondre par la négative. M. Guersant, en effet, opère cinq enfants; trois meurent rapidement, deux autres survivent, mais succombent au bout d'un certain temps. La mort, d'après M. Guersant, ne doit pas être attribuée à l'opération; alors c'est l'âge des sujets qui en est la cause, et alors il faut s'abstenir d'opérer et attendre plus tard. Cette expectation était autrefois adoptée par M. Guersant; car M. Denonvilliers l'ayant consulté il y a deux ans, ainsi que M. Danyau, sur l'opportunité d'opérer un enfant très jeune affecté d'un bec-de-lièvre compliqué, ces deux chirurgiens répondirent qu'il fallait attendre que l'enfant fût plus développé. M. Denonvilliers suivit le conseil et s'abstint. Un autre chirurgien intervint; il fut plus hardi; il opéra et échoua.

A cette époque, MM. Guersant, Danyau et lui-même pensaient que pour peu que le bec-de-lièvre fût compliqué, il ne fallait pas l'opérer chez des enfants très jeunes. M. Denonvilliers désire savoir ce qui a conduit M. Guersant à modifier son opinion.

M. Guersant n'a pas changé sa manière de voir. Quand le bec-de-lièvre est simple, il convient de l'opérer de très bonne heure. Quand il est compliqué, quel que soit l'âge, il ne faut espérer que des succès exceptionnels. Depuis deux ou trois ans cependant il s'est demandé si on pourrait tenter dans le très-bas âge la cure du bec-de-lièvre compliqué. Il a échoué d'abord ; mais ayant obtenu depuis deux succès, il s'est cru autorisé à faire de nouvelles tentatives.

M. Huguier. Des deux enfants qu'il a cités, l'un avait quatre ans, l'autre deux ans. C'est peut-être à cette circonstance d'âge qu'on doit attribuer le succès.

M. Richet. En résumé, les objections contre le procédé de Blandin persistent; car jusqu'à présent son efficacité ne s'appuie que sur un

seul fait tiré des souvenirs de M. Broca, qui s'en rapporte lui-même à une citation de Blandin.

M. Gosselin. Il est évident qu'on n'a pas de faits suffisants pour juger ce procédé, sa valeur opératoire, sa gravité. Il paraît que beaucoup d'opérés en meurent; cependant, tous les cas ne sont pas aussi funestes. Ainsi, M. Debrou répéta, en 1841, l'opération de Blandin, en y ajoutant l'avivement latéral du tubercule et des maxillaires. La guérison eut lieu; l'enfant doit avoir aujourd'hui quinze à seize ans; mais il paraît que le tubercule n'est pas solide et vacille encore. Il n'est sorti que deux incisives, qui sont dirigées en avant d'une manière disgracieuse. Malgré ce succès, M. Gosselin a entendu M. Debrou regretter de n'avoir pas fait autrefois l'extirpation du tuborcule. Cela prouve peu en faveur du procédé.

M. Morel-Lavallée a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* deux cas de succès par le procédé de Blandin; mais les malades n'ont pas été suivis. Pour sa part, il n'a opéré à l'hôpital qu'un cas de bec-de-lièvre, et l'enfant est mort quelque temps après dans un état de langueur. Depuis cette époque, il s'est abstenu; il a bien rencontré d'autres cas, mais il possède les pièces conservées dans l'alcool, car les enfants ont succombé sans qu'aucune opération leur ait été faite, probablement sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques de l'hôpital.

M. Denonvilliers. La conservation du tubercule incisif doit encore inspirer une crainte relative à la forme que conservera le nez. Si, en effet, on conserve pour restaurer la lèvre la portion charnue qui recouvre le tubercule incisif, il arrivera, dans certains cas, que le nez sera attiré en arrière, aplati, très difforme. Si, au contraire, on résèque l'os intermaxillaire, la languette charnue sous-jacente servira à reformer la sous-cloison. C'est ainsi que procédait Dupuytren, et il obtenait de beaux résultats. La forme du nez était au moins rétablie.

M. Guersant a vu Dupuytren opérer trois ou quatre fois : tantôt il enlevait le tubercule incisif, tantôt il le conservait, suivant les variétés anatomiques; il n'avait pas de règle fixe à cet égard.

M. Gosselin a vu un malade de soixante ans autrefois opéré par Dupuytren. Le résultat était réellement très beau. Ce cas lui avait fait penser que si de tels succès étaient communs, il conviendrait d'exciser toujours le tubercule.

M. Broca pense qu'un des avantages de l'opération hâtive est de prévenir la difformité de la face, l'aplatissement du nez, l'écartement

des os maxillaires. En agissant de bonne heure, on se prépare incontestablement des résultats plus brillants. Il montrera un malade qui justifie cette manière de voir.

— La Société procède au vote pour l'élection de M. le professeur W. Sands Cox, doyen du Collége royal des chirurgiens de Birmingham. M. Sands Cox, ayant réuni l'unanimité des suffrages, est nommé membre correspondant.

— M. Richet montre un homme atteint d'une ancienne luxation traumatique complète du poignet Il donnera l'observation.

— M. Huguier montre un cancer de la glande mammaire chez l'homme. Il existait une grande quantité de ganglions cancéreux dans l'aisselle.

— M. Larrey a eu occasion de voir deux ou trois cas de cancer mammaire chez de vieux soldats, et chez l'un d'eux surtout la dégénérescence squirrheuse offrait la plus grande analogie avec la pièce anatomique présentée par M. Huguier. Ces faits ont été indiqués dans une thèse de M. Robelin sur les *maladies du sein chez l'homme*, thèse que M. Velpeau a mentionnée plusieurs fois dans son *Traité des maladies du sein*.

— M. Huguier présente également les deux pieds d'un même sujet; l'un a subi l'amputation de Chopart, et l'autre l'extirpation de plusieurs os.

L'observation et les dissections dont M. Verneuil se charge seront publiées.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

Séance du 9 janvier 1856.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un malade affecté d'anévrisme artérioso-veineux du bras droit. La maladie date de dix ans. Il existe un susurrus très-prononcé. Le malade ne ressent qu'un peu de douleur et un peu de faiblesse dans le membre, et jusqu'à ce jour il a continué sa

profession. Ce malade a été autrefois observé par M. Follin, qui a publié son observation dans les Mémoires de la Société.

M. Cloquet. La communication a lieu probablement entre l'artère humérale et une veine satellite profonde. La tumeur dès lors siége sous l'aponévrose, ce qui explique son développement minime et les accidents très légers dont elle s'accompagne. De plus, il est probable que l'orifice qui fait communiquer les deux vaisseaux est fort petit; car lorsque l'ouverture est plus grande, ordinairement les accidents sont beaucoup plus sérieux. M. Cloquet a pu s'en assurer dans le cas suivant, qu'il a rapporté dans une épreuve de concours, et qui a soulevé une discussion très-vive.

Un malade avait reçu un coup de couteau au bras; il en était résulté un anévrysme artérioso-veineux suivi d'un affaiblissement extrême dans les mouvements du membre. Dupuytren fit la ligature par la méthode de Hunter; des symptômes très graves survinrent et aboutirent à une sorte de gangrène sèche. Richerand fit l'amputation, et enfin M. Cloquet disséqua le membre et constata une très-large ouverture de communication entre la veine et l'artère.

C'est d'après cette observation qu'il attaqua la pratique qui avait été suivie et condamna la ligature simple dans des cas semblables. On lui fit de grands reproches d'avoir publié ce fait, bien qu'alors, par discrétion, il n'eût pas fait connaître le nom du professeur qui avait commis la faute, ni celui du chirurgien qui, pour la réparer, avait été obligé de pratiquer l'opération.

Depuis ce moment toutefois, on insiste beaucoup sur la nécessité d'une double ligature et sur les inconvénients de la ligature simple.

Dans le cas actuel, M. Cloquet conseille à M. Chassaignac de ne point opérer; il pense qu'on pourrait se contenter d'une compression légère exercée avec un bracelet de caoutchouc. Si le traitement palliatif était insuffisant, on serait toujours à même d'opérer.

M. Chassaignac partage l'avis de M. Cloquet. Il pense que la communication a bien lieu, en effet, entre l'artère et les veines profondes; mais il croit constater que le frémissement se propage aussi dans les veines superficielles.

M. Broca fait remarquer que les poils sont plus développés sur le membre atteint d'anévrysme que sur l'autre. Il a déjà eu l'occasion de faire la même remarque dans un autre cas.

M. Houel a vu dans le service de M. Nélaton deux malades atteints d'anévrysmes artérioso-veineux qui ont été guéris sans opération sanglante. On a préalablement pratiqué la compression directe sur la tu-

meur, ce qui a eu pour résultat de ramener la maladie à l'état d'anévrysme simple. Celui-ci, à son tour, a été guéri par la compression indirecte. Il donne ces faits comme documents dans le cas où l'on voudrait intervenir dans le cas de M. Chassaignac.

— M. Larrey présente un blessé de Crimée qui a perdu la totalité du pénis et l'un des testicules par un coup de feu, et chez lequel une fistule vésico-rectale est survenue secondairement.

Les circonstances de cette blessure, ses conditions physiques et physiologiques, ainsi que les incertitudes de son traitement, sont autant de questions dignes d'être soumises au jugement de la Société.

M. Larrey en lira l'observation dans une prochaine séance.

M. Cloquet pense que, relativement à la fistule recto-urinaire, on pourrait en obtenir la cicatrisation au moyen de la cautérisation; l'état du blessé en serait beaucoup amélioré.

— M. Broca présente un jeune enfant de dix à douze ans, qui peut fournir un document pour la question du bec-de-lièvre compliqué. On a demandé, en effet, ce que devenait le tubercule incisif, et à quelle époque il fallait opérer. Chez ce sujet, le tubercule est solide et de niveau avec les os maxillaires; il sert à la mastication; il permet à l'enfant de mordre et de couper les aliments avec les incisives. Il est soutenu par la cloison médiane, qui est très-épaisse et très-résistante. Par malheur on ne sait pas ce qu'on lui a fait et comment il a été remis en place. L'enfant ni les parents n'ont pu fournir, à ce sujet, aucun renseignement certain.

Quant à l'utilité de l'opération hâtive, voici ce que ce fait apprend: l'enfant a subi une première opération en bas âge, puis une autre à l'âge de cinq ans. La première tentative n'a eu qu'une réussite partielle; il en a été de même de la seconde. D'un côté, la réunion a eu lieu à l'angle supérieur de la plaie; de l'autre côté, au contraire, c'est le point de suture inférieur qui a réussi. Il en est résulté la formation d'un pont cutané reconstituant le bord libre de la lèvre. Malgré ces échecs, les réunions partielles ont suffi pour arrêter la déformation de la face, l'aplatissement du nez, l'écartement des mâchoires, etc., de telle façon que tout en reconnaissant la gravité de l'opération hâtive dans les cas compliqués, on doit reconnaître qu'elle promet, quand elle réussit, de beaux résultats en bornant les progrès de la déformation souvent hideuse du visage.

Tout récemment, M. Broca a tenté d'achever la cure en opérant d'abord du côté où existe un pont cutané entre le lobule médian et la lèvre; pour rendre à celle-ci sa hauteur, il a pratiqué au milieu de ce

pont, et parallèlement à ses bords, une incision horizontale comprenant toute l'épaisseur, puis il a rapproché de dehors en dedans, c'est-à-dire que la plaie horizontale a été transformée en une plaie verticale et maintenue ainsi par des points de suture. Ce mode a eu pour résultat de faire descendre très-notablement le bord libre et de le mettre à son niveau presque normal. Ce premier temps a réussi. M. Nélaton se propose d'achever prochainement l'opération en agissant de l'autre côté.

M. Guersant a voulu seulement fixer l'attention sur la saillie exagérée du tubercule incisif et sur les moyens d'y remédier. Or, le cas que M. Broca vient de présenter ne rentre peut-être pas dans cet ordre de faits. Chez son malade, en effet, le tubercule est à sa place; il est solide, il permet la mastication, mais on ignore comment on a agi sur lui, et si même on a agi. Rien ne prouve qu'à la naissance il ait été proéminent, et s'il avait la situation qu'il a maintenant, il est clair qu'on n'a pas dû s'en préoccuper.

M. Broca ajoute que la face n'est point déformée, et il en fait honneur aux deux opérations qui ont été pratiquées dans le jeune âge. Mais d'abord ces deux opérations ont échoué; et puis comme on ignore dans quel état était la face avant ces tentatives, on ne peut dire si réellement elle était déformée, si elle le serait davantage en cas d'abstention, etc. Il en résulte que l'observation de M. Broca n'apporte pas beaucoup de lumière dans la discussion.

En résumé, les opérations hâtives pour le bec-de-lièvre compliqué sont très-graves et très-hasardeuses; la conservation du tubercule incisif doit être préférée à son ablation, parce qu'il fournit un soutien aux sutures labiales, et que ce soutien est indispensable. M. Guersant a fait au moins dix fois l'ablation du tubercule médian; les sutures labiales ont toujours échoué, jamais il n'a obtenu un seul succès.

M. Michon. La discussion actuelle a soulevé deux questions distinctes; d'abord celle de l'époque de l'opération. Avant de dire que celle-ci est hâtive ou tardive, il faudrait préciser les dates. Est-elle hâtive quand elle est pratiquée aussitôt après la naissance, ou bien à douze, quatorze, quinze mois?

Si on opère un bec-de-lièvre compliqué immédiatement après la naissance, l'enfant peut être considéré comme sacrifié, et il n'y a aucune comparaison à établir entre le bec-de-lièvre simple et le bec-de-lièvre compliqué. Dans ce dernier cas, l'opération est très-longue, très-grave ; l'enfant perd beaucoup de sang, c'est-à-dire beaucoup relativement à son âge. Le refoulement, l'ablation, la section du tubercule sont égale-

ment graves; les sutures manquent de point d'appui quand la pièce médiane est enlevée, et alors elles échouent.

M. Michon a toujours refusé d'opérer les très-jeunes enfants, et il les renvoie à l'âge de quinze à dix-huit mois au moins. L'enfant d'un officier lui fut apporté peu de jours après la naissance; la mère ne voulait pas voir ce *petit monstre*. Il refusa d'opérer. Les parents, sans se faire connaître, firent admettre l'enfant à l'hôpital, dans le service de M. Guersant, qui se décida à intervenir; la mort survint trois jours après.

En résumé, on peut dire que l'opération est trop lourde pour les nouveau-nés; plus tard les chances sont tout autres. Le manuel, à la vérité, est un peu plus difficile; le vomer est plus dur, les bords plus écartés, la lèvre plus courte. Mais en revanche les tissus sont plus fermes, supportent mieux les sutures; la lèvre, plus épaisse, s'affronte mieux, et peut se passer de soutien. M. Michon a opéré deux fois dans ces conditions, à quinze mois et à deux ans, et avec succès. Le second enfant avait subi déjà une première tentative infructueuse.

La question du procédé est en connexion intime avec celle de l'âge, mais il n'y a rien d'absolu pour le tubercule incisif. Dans certains cas il ne fait que peu ou pas de saillie; on peut le conserver. Au contraire, il est proéminent, si alors on le conserve en le refoulant, et qu'il n'y ait pas d'étoffe pour faire la sous-cloison, le nez est épaté, entraîné en arrière, comme Dupuytren l'a signalé, et la guérison augmente presque la difformité. Alors il est préférable de faire l'ablation de ce tubercule. M. Michon a procédé deux fois de cette façon, et avec succès. Dans un premier cas, sur une fille à l'âge de quinze mois, le succès fut complet, il n'y eut pas le moindre accident; l'enfant est même devenue une assez jolie personne. Dans le second cas, chez un enfant de deux ans, horrible à voir, le résultat a été assez heureux pour que le visage soit aujourd'hui plutôt agréable que disgracieux.

M. Denonvilliers. Aux diverses questions soulevées par la communication de M. Guersant s'est mêlée celle de l'époque où il convient d'opérer. Cette question préjudicielle mérite d'être dégagée et traitée avec le plus grand soin. A quel âge faut-il donc opérer? Mais comme la règle de conduite paraît devoir différer suivant que le bec-de-lièvre est simple ou compliqué, il faut d'abord s'entendre sur la définition de ces deux variétés.

Le bec-de-lièvre sera simple quand la lèvre sera divisée d'un seul ou des deux côtés à la fois, avec ou sans fissure du voile du palais et de

la voûte palatine, à la condition seulement que le bord alvéolaire soit intact.

Le bec-de-lièvre, au contraire, sera compliqué, lorsque la division labiale uni ou bilatérale coïncidera avec une fissure simple ou double du bord de la mâchoire supérieure, avec ou sans proéminence du tubercule incisif, avec ou sans division de la voûte palatine ou du voile du palais.

Cette distinction établie, il convient encore de s'entendre sur l'âge. Les partisans de l'opération hâtive la pratiquent dans les premiers jours qui suivent la naissance; M. Michon choisit l'âge de quinze mois. Lorsqu'on adopte, au contraire, le principe de l'opération tardive, on la recule, avec les anciens auteurs et ceux du commencement de ce siècle, jusqu'à trois, quatre, cinq, six ans, et même plus tard.

Le problème a reçu à cette époque et depuis quinze ans deux solutions différentes, ce qui tient à ce qu'on s'est placé très-exclusivement à deux points do vue différents. Les uns, se préoccupant surtout des inconvénients qu'entraîne la lésion pour la nutrition de l'enfant, la régularité de ses traits, etc., etc., ont cru y voir l'indication d'opérer de bonne heure, de manière à pallier le plus tôt possible ces désavantages. Les autres ont préconisé la temporisation, à cause des dangers intrinsèques de l'opération faite sur des enfants trop jeunes, à cause des insuccès de la réunion, de la sécabilité des tissus, etc., etc. Il eût été plus convenable de mettre les deux éléments dans la balance; de comparer d'un côté les dangers et les inconvénients de la lésion, et de l'autre les dangers et les inconvénients de l'opération, et de juger après cet examen. C'est ce qui n'a pas été suffisamment fait. Quoi qu'il en soit, on semble assez d'accord aujourd'hui pour retarder l'opération dans les cas compliqués; et d'une autre part, depuis les travaux remarquables de MM. Bonfils (de Nancy) et P. Dubois, on penche pour l'opération hâtive dans les cas simples.

M. Denonvilliers n'a pu consulter le mémoire original de M. Bonfils, mais il a lu attentivement celui de M. P. Dubois, et malgré la prudence, la sagesse et la logique de cet auteur, ce travail peut devenir le sujet de quelques réflexions.

Ce mémoire repose sur sept observations : l'une est due à M. Depaul, les six autres à M. Dubois. Quatre fois ce chirurgien a opéré lui-même; les deux autres opérations ont été pratiquées par MM. Michon et Jobert. Tous ces cas ont donné des succès complets, malgré la facilité avec laquelle les sutures coupent et ulcèrent les parties molles chez les enfants. Cet accident, dont M. Dubois lui-même reconnaît la

possibilité, ne s'est jamais montré. Or, un tel résultat est si beau, si exceptionnel, qu'on peut se demander s'il n'est pas l'effet d'une de ces séries heureuses comme en présentent toutes les opérations.

A la vérité, M. Dubois s'éloigne de la pratique commune en deux points auxquels il attache une grande importance, et qui ne sont peut-être pas sans influence sur la réussite. Il recommande :

1° De changer tous les jours les fils des sutures;

2° De ne point interrompre l'allaitement. Ces précautions, jointes à de grands soins dans les pansements, peuvent favoriser beaucoup le succès; mais on ne peut s'empêcher de remarquer combien les suites des opérations de M. Dubois sont différentes de ce qu'on observe même chez l'adulte. Les aiguilles, les sutures ont été laissées chez les nouveau-nés soixante-douze et quatre-vingt-dix-huit heures sans entamer la peau, sans ulcérer les points d'entrée et de sortie. Alors qu'un séjour de cette durée entraîne presque indispensablement chez l'adulte une suppuration qui laisse des traces très-prolongées, sinon indélébiles, cela n'est-il pas fait pour inspirer des doutes?

Dans deux des observations de M. Dubois, il y a eu hémorrhagie; du sang a été avalé; il a été vomi dans un cas, rejeté par l'anus dans l'autre. La guérison n'en a pas été empêchée sans doute; cependant, cette proportion de deux hémorrhagies sur sept opérations mérite d'être notée, et peut-être qu'on ne serait pas aussi heureux dans tous les cas.

Autre remarque. Sur les sept observations, l'opéré de M. Depaul n'a pas été suivi; des six cas de M. Dubois, trois enfants venaient seulement d'être opérés depuis cinquante, vingt-deux, cinq jours, lorsque le mémoire a été publié. Chez les trois autres, les opérations remontaient à une époque plus éloignée, quatre ans, trois ans, un an. Or, de ces trois sujets, deux avaient succombé, l'un six mois, l'autre deux mois après l'opération ; un seul survivait! Si on rapproche ces faits du document que nous fournissait M. Morel-Lavallée sur la mort précoce des enfants atteints de bec-de-lièvre, qu'ils soient opérés ou non, il y a là matière à réflexion. L'opéré de Blandin est mort de scarlatine deux mois après. Je connais deux familles dans lesquelles plusieurs enfants sont venus au monde avec des becs-de-lièvre. Dans la première, deux enfants sont morts d'assez bonne heure sans qu'on leur eût rien fait. Dans la seconde, trois enfants ont présenté la même difformité ; les deux premiers ont succombé en bas âge sans être opérés; le troisième l'a été avec succès, mais il a péri six mois plus tard d'une affection intestinale.

Les enfants qui viennent au monde avec un bec-de-lièvre sont-ils donc plus exposés que les autres à succomber d'une manière précoce? Dupuytren avait déjà dit que l'opération hâtive augmente les chances de mortalité de la première enfance. M. P. Dubois convient de la valeur de l'objection ; la prédisposition fâcheuse aux maladies graves des sujets atteints de cette difformité ne lui a pas échappé, et il se demande même si ce fait incontestable n'a pas pour cause première une imperfection organique profonde et insaisissable.

S'il en est ainsi, est-il sage d'opérer dès la naissance des enfants si évidemment menacés de la mort? Ne vaut-il pas mieux s'abstenir et laisser ces petits êtres se débattre librement contre les mauvaises chances qui pèsent sur eux ? M. Dubois a compris jusqu'à un certain point cette nécessité, car il recommande de s'abstenir quand l'enfant est faible, quand il est né avant terme.

L'opération hâtive est donc passible d'objections réelles, ou au moins soulève quelques doutes. Mais cette opération est-elle donc d'une nécessité si pressante? Non, car tout le monde s'accorde à dire qu'un enfant bien soigné peut parfaitement vivre avec un bec-de-lièvre simple. Les deux raisons péremptoires qu'on invoque sont : 1° le vœu des familles ; 2° l'heureuse influence de l'opération précoce pour remédier consécutivement à la difformité.

1° Il faut bien l'avouer, les parents pressent souvent le chirurgien, parce que bon nombre d'entre eux ont de la répulsion pour un enfant difforme, et que quelques-uns, sans le dire ouvertement, aiment mieux voir mourir cet enfant que d'avoir longtemps sous leurs yeux le spectacle de sa difformité. Cette circonstance ne saurait en aucun cas être regardée comme une indication, et un chirurgien sage et consciencieux ne doit pas céder à des motifs de cette nature.

2° Reste la difformité. « *Selon toutes apparences*, dit M. Dubois, les traces de l'opération seront d'autant moins visibles que l'opération aura été faite de meilleure heure. » Mais rien ne prouve cette assertion, présentée d'ailleurs avec réserve. On ne peut juger de sa valeur d'après les trois enfants qui avaient été opérés depuis cinquante, vingt-deux, cinq jours, et, pour qu'ils puissent servir à la démonstration, il aurait fallu les revoir à quinze ou vingt ans. Il ne paraît pas, au contraire, qu'il y ait d'inconvénient à attendre. Le fait que M. Broca a présenté le prouve, puisque la face n'est point difforme, que les opérations qui ont été pratiquées ont échoué, et que la dernière n'a été faite qu'à cinq ans.

Je doute d'ailleurs que les résultats de l'opération hâtive soient tou-

jours très-satisfaisants. En effet, dans la crainte très-vive de l'hémorrhagie, M. P. Dubois recommande de ne pas détacher la partie profonde de la lèvre, et il sacrifie tout à cette crainte, jusqu'aux modifications récentes imaginées par M. Clémot et d'autres pour perfectionner le résultat.

Pourquoi donc, quand il n'y a pas urgence à opérer, se priver de ces ressources? Pourquoi tant se gêner? Pourquoi paralyser la médecine opératoire dans la crainte de perdre un peu de sang et se mettre ainsi dans l'impossibilité de faire ce qui peut être avantageux et même nécessaire? On s'expose ainsi volontairement à avoir un résultat moins brillant pour n'avoir pas attendu un moment plus opportun, plus favorable.

En résumé, dans les cas compliqués, l'opération hâtive serait réellement désirable et utile; mais ses dangers sont si grands, son succès si précaire, qu'on est forcé d'y renoncer. Dans les cas simples, le succès est possible, les dangers sont moins grands; mais il y a des objections sérieuses à faire contre l'opération elle-même, et comme, d'un autre côté, il n'y a pas péril en la demeure et qu'on peut attendre sans rien compromettre, il y a à se demander si les premiers jours qui suivent la naissance sont véritablement le moment le mieux choisi. Les résultats de M. P. Dubois sont certainement encourageants; mais il faut savoir s'ils sont constants, et si quelques revers, quelques insuccès ne viennent pas faire ombre au tableau; si surtout l'opération pouvait dans quelques cas amener la mort, n'y aurait-il pas lieu de réfléchir et de reculer le moment de l'opération?

M. Denonvilliers termine en faisant formellement appel à l'expérience et à la pratique de tous ses collègues, afin qu'il soit possible d'établir une proportion entre les cas heureux et ceux qui ont eu un résultat plus ou moins fâcheux.

M. Lenoir a eu occasion de pratiquer plusieurs fois l'opération du bec-de-lièvre simple dans les premiers temps de la vie, et toujours avec le plus grand succès; il est vrai que c'était dans la pratique civile, c'est-à-dire sur des enfants mieux soignés, mieux nourris et jouissant d'une hygiène plus convenable qu'à l'hôpital. Il a adopté complétement sur ce point la pratique de M. Paul Dubois; il a eu l'occasion de revoir à l'âge de trois ou quatre ans un des petits opérés de ce chirurgien, et le résultat était très-beau.

Dans sa pensée, l'opération hâtive donne des succès plus complets que l'opération différée; mais lorsque celle-ci est faite sur des enfants encore jeunes, il est vrai, comme l'a observé M. Dubois, qu'on ne doit

pas la compliquer par des incisions, par des avivements particuliers. Mais à cet âge, les procédés ingénieux de MM. Clémot, Malgaigne, Mirault, ne sont pas indispensables, car l'encoche n'est guère à craindre.

Pour les becs-de-lièvre compliqués, c'est tout autre chose. Après avoir obtenu de si beaux succès dans les cas simples, il était tentant d'opérer aussitôt après la naissance les cas compliqués; mais jamais M. Lenoir n'a réussi; la réunion manquait ou restait incomplète, ou bien encore les enfants mouraient; c'était à l'hôpital, il est vrai, et peut-être serait-on moins malheureux en ville. Toujours est-il que c'est un parti grave à prendre, et qu'aujourd'hui, si de nouveaux cas se représentaient, M. Lenoir reculerait devant la terrible alternative d'un insuccès opératoire ou d'un revers mortel.

Déjà deux fois des enfants lui ont été présentés il y a trois ou quatre ans environ; il a refusé l'opération, promettant de la faire plus tard; il a tenté toutefois de rétrécir la fissure palatine et de refouler le tubercule incisif avec un appareil à compression. Cette pratique est utile; la fente palatine, il est vrai, se rétrécit très-lentement, mais au moins elle ne s'élargit pas. Les enfants se nourrissent bien, et la temporisation n'a pas grand inconvénient. L'appareil n'est pas toujours en place; on ne l'applique que quelques heures par jour ou la nuit.

Dans l'opération du bec-de-lièvre simple, M. Lenoir n'attache pas beaucoup d'importance au changement du fil préconisé par M. Paul Dubois. Il laisse les sutures deux ou trois jours en place. Mais il recommande de laisser toujours auprès du petit opéré sa nourrice ou une garde, qui, dès que l'enfant crie, applique deux doigts sur les côtés de la suture pour prévenir son écartement et soutenir les lèvres de la plaie. Cela dispense de tout autre bandage.

M. Danyau a opéré quatre enfants à l'hôpital en suivant à la lettre les préceptes de M. Paul Dubois; il attache également beaucoup d'importance au renouvellement des fils. Trois fois il a obtenu des résultats aussi beaux qu'on les puisse désirer; il n'a observé ni accidents, ni sections des lèvres de la plaie, ni hémorrhagies, car il ne croit pas qu'on puisse donner ce nom au léger écoulement de sang que M. Paul Dubois a noté deux fois dans ses opérations.

Cependant le quatrième cas a été un revers; l'enfant était cependant bien constitué et dans des conditions favorables. Néanmoins, la réunion fut incomplète; les points d'entrée et de sortie des épingles s'ulcérèrent; la désunion se fit d'abord au bord libre, puis à la superficie de la lèvre.

L'enfant mourut quelques heures après.

M. Guersant peut résumer de la manière suivante sa pratique depuis quatorze ans :

L'opération pour des becs-de-lièvre simples, faite d'après la méthode de M. P. Dubois, réussit toujours ou presque toujours immédiatement après la naissance, ou dans le cours de la première année; de la première à la sixième ou septième année, le succès constitue l'exception, sans doute à cause de l'indocilité des enfants et des efforts violents auxquels ils se livrent.

A sept ans, lorsque la raison commence à prévaloir et qu'on peut faire comprendre aux petits malades la nécessité du repos, ils recommencent à guérir.

Les mêmes particularités appartiennent au bec-de-lièvre double sans complication.

Le bec-de-lièvre compliqué est toujours très-grave à la naissance; lorsque l'on excise le tubercule, la mort ou l'insuccès sont la règle. A l'âge de deux ou trois ans, mêmes résultats.

En opérant dans les premiers temps de la vie par le procédé de Blandin, on peut réussir quelquefois.

M. Guersant reconnaît tous les dangers qui résultent de la longueur de l'opération, des douleurs, des hémorrhagies; aussi partage-t-il toutes les craintes de ses confrères relativement au pronostic des tentatives opératoires.

M. Marjolin. D'après ce qui vient d'être dit au sujet de l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre très peu de temps après la naissance dans les cas compliqués, il résulterait que, les suites étant presque toujours mortelles, il serait plus prudent d'attendre et de remettre l'opération à une époque plus éloignée.

En présence de ces faits, ne doit-on pas se demander si les résultats malheureux ne dépendent pas plutôt du procédé opératoire? Pour ma part, je crois que c'est un point de la question qui mérite aussi d'être pris en grande considération; car, si on en vient à poser en principe que dans les cas de bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine il faut s'abstenir constamment de l'opération, on se privera dans un certain nombre de cas des avantages qui résultent d'une opération faite de bonne heure, du rapprochement des bords de la voûte palatine. Il y a maintenant dix ans, j'ai opéré un jeune enfant âgé seulement de quelques semaines; il avait un bec-de-lièvre double avec division de la voûte palatine.

Je me contentai, dans cette opération, de disséquer les deux bords

de la peau du tubercule médian et de le luxer ensuite en arrière. Les narines furent rapprochées au moyen d'une aiguille, de manière à favoriser autant que possible les adhérences entre toutes les parties avivées.

Aucun accident ne survint ; seulement le peu de soin des parents, qui laissaient constamment l'enfant crier sans chercher à le calmer, fut peut-être la cause du succès incomplet que j'obtins. En effet, en retirant les épingles, je m'aperçus que sous la narine gauche il existait un point, peu étendu à la vérité, dans lequel il n'y avait eu aucune adhésion. J'engageai les parents à maintenir quelque temps encore après les joues rapprochées à l'aide d'une petite fronde afin de soutenir la cicatrice, et je perdis depuis de vue le petit malade. L'année dernière, j'ai eu occasion de revoir le jeune garçon ; il m'a été ramené par ses parents, et alors j'ai pu constater que cette petite portion, qui ne s'était pas réunie, formait une encoche à peine sensible : il fallait une certaine attention pour s'en apercevoir. Mais ce qui était très appréciable, c'était le rapprochement des deux bords de la voûte palatine. L'enfant parlait assez bien, et je jugeai prudent de conseiller aux parents de ne rien faire faire pour combler le petit vide qui existait sous la narine.

J'ajouterai que dans les cas de bec-de-lièvre simples que j'ai opérés, soit en ville, soit à l'hôpital, sur six cas il y a eu moitié succès, moitié mort ; mais il faut bien établir aussi la différence extrême qui existe entre les résultats qu'on obtient avec des soins intelligents, et les résultats malheureux qu'on observe trop souvent chez des enfants que nous voyons à l'hôpital et qui sont négligés par leurs parents.

Maintenant, bien que le fait ne se rapporte pas entièrement à la question, je crois devoir fixer l'attention de la Société sur le point suivant. Vous avez entendu M. Denonvilliers vous parler de familles dans lesquelles il avait observé plusieurs enfants ayant des becs-de-lièvre ; tout récemment encore j'ai eu occasion d'observer à l'hôpital un jeune enfant affecté de bec-de-lièvre, aucun des membres de la famille ne présentait ce vice de conformation, et cependant c'était le deuxième enfant dont la mère accouchait atteint de cette difformité.

M. Legouest. M. Denonvilliers incline à penser que les enfants atteints de bec-de-lièvre sont presque condamnés à mourir, qu'on les opère ou qu'on ne les opère pas. Peut-on donner une explication satisfaisante de cette mortalité ? L'opération hâte-t-elle ou retarde-t-elle cette terminaison ?

M. Denonvilliers n'a pas d'interprétation certaine à fournir ; il a

rapporté l'hypothèse de M. P. Dubois, sans pouvoir l'infirmer ni la démontrer.

M. Chassaignac. La gravité du pronostic du bec-de-lièvre ne doit cependant pas être exagérée, car on voit un bon nombre d'enfants qui vivent avec cette difformité et qui résistent très-bien à l'opération.

Urétrotome conducteur. — M. Boinet présente un nouvel urétrotome qu'il appelle *urétrotome conducteur*. Cet instrument est si simple, si commode, qu'on peut facilement, instantanément couper et franchir tous les rétrécissements de l'urètre. Déjà M. Boinet l'a employé deux fois avec succès dans des rétrécissements difficiles et infranchissables. Pour s'en servir, on l'introduit jusqu'au point où siége le rétrécissement ; arrivé là, on pousse d'arrière en avant le mandrin renfermé dans la canule en cherchant à le faire pénétrer dans le rétrécissement; sur ce mandrin, dont l'extrémité est flexible, arrondie en forme d'olive, on fait glisser une lame qui incise en deux sens à la fois, à droite et à gauche ou en avant et en arrière, le rétrécissement, suivant la position de l'urétrotome : il suffit d'imprimer plusieurs mouvements de va-et-vient à la tige porte-lame pour obtenir une incision complète. Avec cet instrument, le mandrin une fois introduit dans le rétrécissement, on est toujours sûr d'inciser le rétrécissement, de ne jamais s'égarer dans le canal de l'urètre, de ne pas s'exposer à de fausses routes et de ne jamais couper autre chose que le rétrécissement ; de telle façon qu'une main même inexpérimentée peut faire usage de cet urétrotome sans crainte aucune d'accidents.

Un dernier avantage de cet instrument, c'est de pouvoir agir promptement ; on peut, dans une seule séance, franchir tous les rétrécissements qui pourraient se rencontrer dans un urètre. Cet urétrotome me paraît donc avoir de nombreux avantages sur tous ceux qu'on a proposés jusqu'à ce jour.

Voici sa description :

Il est composé d'uue canule légèrement courbe à son extrémité, sur laquelle est ajustée une olive à laquelle on peut faire exécuter un mouvement de rotation d'un quart de tour ; cette olive est fendue dans les trois quarts de sa longueur et renferme une lame dont la dimension est relative au volume de l'olive, bouton auquel est fixée la tige porte-lame, et à l'aide duquel on fait tourner l'olive en même temps que la lame, qu'on fait saillir en baissant le bouton d'arrière en avant. Les anneaux que porte la canule indiquent le sens de sa cour-

bure, et le sens de la lame est indiqué par une échancrure pratiquée sur le bouton.

— M. Denonvilliers présente plusieurs pièces pathologiques :

1° L'œsophage d'un homme qui, en plaisantant, avait avalé une pièce de cinq francs. Ce corps étranger resta dans l'œsophage, ulcéra ce conduit et perfora l'aorte dans le point où le vaisseau est en rapport avec le canal alimentaire. Le sujet succomba à un vomissement de sang.

Sur la pièce que M. Denonvilliers présente, la pièce de monnaie est encore partie dans l'œsophage, partie dans l'aorte; des caillots entourent la double perforation.

2° Deux tumeurs fibreuses parfaitement symétriques, et présentant la configuration d'un rein ou d'un haricot. Ces tumeurs ont 3 centimètres de longueur sur 2 centimètres environ de hauteur et d'épaisseur. Elles étaient appendues aux deux lobules des oreilles d'une jeune fille qui avait subi dans son enfance la perforation des lobules.

La peau est saine à la surface. La consistance des tumeurs est extrêmement considérable. M. Verneuil, qui en a fait l'examen anatomique, leur a trouvé une structure très-homogène. Elles étaient entièrement constituées par du tissu fibreux très-cohérent, très-dense, sans élément étranger.

— La séance est levée à six heures un quart.

Le secrétaire, Dr Arist. Verneuil.

Séance du 16 janvier 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit la collection des divers ouvrages publiés par sir Benjamin Brodie.

De plus, les mémoires suivants, envoyés par M. le docteur Michel (de Strasbourg) :

Mémoire sur les luxations en arrière des phalanges des doigts ;

Essai sur la chirurgie de Strasbourg ;

Mémoire sur la rétractilité des tissus dans les amputations ; déductions qui en découlent pour le manuel opératoire.

— M. le docteur Sirus Pirondi, nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— M. Perret adresse deux exemplaires de sa thèse pour le prix Duval.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE BEC-DE-LIÈVRE.

M. Denonvilliers voudrait avoir des renseignements plus détaillés sur la pratique de M. Guersant. Dire qu'on obtient à tel âge beaucoup de succès, à tel autre plus d'insuccès, n'est pas suffisant. Il y a, en effet, des degrés dans la réussite, et on échoue de même plus ou moins complétement. Il faudrait savoir également si l'opération hâtive pour des cas simples a quelquefois occasionné la mort.

Pour les cas compliqués, les réussites ont-elles été complètes et la restauration de la face satisfaisante? La mort s'en est-elle quelquefois suivie?

M. Denonvilliers continue, du reste, l'appel qu'il a fait à ses collègues, et désire provoquer de nouveaux renseignements.

M. Guersant ne se rappelle pas avoir observé de morts pour les becs-de-lièvre simples opérés immédiatement après la naissance. Le succès a été constant ou à peu près, et le résultat très-beau. Il a échoué, au contraire, fréquemment dans les années suivantes, mais ne se rappelle pas davantage avoir perdu d'enfants de deux à sept ans.

Au contraire, dans les cas compliqués la mort est fréquente; elle arrive tantôt après le premier, tantôt après le second temps de l'opération; elle survient souvent à la suite de convulsions; mais souvent aussi les enfants s'éteignent lentement et sans accidents violents.

L'insuccès est la règle pour toutes les variétés de becs-de-lièvre compliqués; mais on obtient quelquefois des succès incomplets, c'est-à-dire que la désunion ne s'opère que sur quelques points à la fois.

M. Ad. Richard a opéré à la naissance et à l'hôpital deux becs-de-lièvre simples. L'un des enfants a parfaitement guéri, l'autre est mort le troisième jour. Il a eu occasion d'entretenir M. P. Dubois de ce sujet, et il tient de lui que depuis la publication de son mémoire, les nouveaux faits qu'il a recueillis en confirment complétement les conclusions. M. Dubois ne compte pas d'insuccès; il ne tient plus autant qu'autrefois au changement des fils; il croit moins à l'importance de ce précepte, et paraît même disposé à l'abandonner.

Il y a douze ans, M. Richard a vu mourir à l'Hôtel-Dieu deux enfants opérés de bec-de-lièvre simple, l'un au bout de douze jours, l'autre très-

rapidement. La mère du second ne voulut pas différer, et pressa beaucoup le chirurgien.

M. Demarquay, interpellé par M. Richet sur les résultats de la pratique de Blandin, déclare qu'il a suivi plusieurs enfants opérés par la résection de la cloison et le refoulement du tubercule, aucun d'eux n'a fourni de résultats satisfaisants; au bout de cinq, six, douze mois même, le tubercule n'était pas consolidé, et il ne s'est pas consolidé plus tard. En résumé, cette méthode n'est pas avantageuse, et M. Demarquay n'y a jamais eu recours. Cependant, jamais il n'a vu d'hémorrhagies qu'on ne puisse arrêter. Blandin, au reste, ne reséquait qu'une petite portion de la cloison, et luxait ensuite le tubercule en arrière.

Dans les cas de bec-de-lièvre simple, Blandin avait d'abord suivi les préceptes de M. Dubois; mais plus tard il les avait abandonnés pour revenir à l'opération pratiquée à l'âge de douze ou quinze mois.

C'est à deux ou trois ans qu'il opérait les cas compliqués, et toujours il a échoué, malgré les soins très-minutieux, les pansements très-bien faits qu'il mettait en usage et auxquels il tenait beaucoup. L'écartement de la voûte palatine nuisait surtout considérablement à la réussite.

M. Demarquay a employé une fois l'appareil à compression de Blandin: c'était à Saint-Louis, sur un enfant de dix-huit mois à deux ans. Les pelotes appliquées sur les joues rapprochent assez aisément les deux moitiés de la mâchoire supérieure. Au bout de deux ou trois mois, dans le cas précité, la fente palatine a été presque complétement effacée. M. Demarquay se propose d'opérer plus tard.

M. Verneuil pense qu'il serait utile de s'entendre sur ce qu'on appelle bec-de-lièvre compliqué. M. Denonvilliers, dans la dernière séance, en distinguant les cas simples des cas compliqués, a compris sous le premier chef tous ceux dans lesquels l'arcade alvéolaire était intacte, que le voile du palais et la voûte palatine fussent divisés ou non. D'un autre côté, M. Guersant, sans dire exactement ce qu'il comprend sous la dénomination de bec-de-lièvre compliqué, nous a annoncé que toutes ou presque toutes les tentatives qu'il avait faites contre les cas compliqués avaient échoué. Or, je trouve dans l'*Union médicale* (1853) un article très-intéressant de M. Henry, interne du service, dans lequel se trouvent relatées les leçons de M. Guersant et seize observations de becs-de-lièvre opérés en 1852. C'est là un document numérique très-important, et je constate sur ce nombre deux cas seulement de bec-de-lièvre simple, puis des cas beaucoup plus nombreux de fissure

labiale avec division simple ou double de l'arcade alvéolaire et isolement de l'os incisif, *mais sans saillie de ce dernier*. Voici des cas compliqués pour M. Denonvilliers, et cependant l'opération a plusieurs fois réussi à M. Guersant, comme s'il se fût agi de bec-de-lièvre très-simple. Au contraire, dès que l'os incisif faisait une légère saillie, et à plus forte raison lorsqu'il proéminait notablement, les insuccès survenaient. Serait-ce donc seulement cette saillie de l'os incisif qui constituerait la véritable complication, et la simple fissure de l'arcade alvéolaire n'aurait-elle pas d'influence fâcheuse sur les résultats de la suture? En ce cas, les cas compliqués pour M. Denonvilliers ne le seraient plus pour M. Guersant. N'est-il pas nécessaire, en présence de ces faits, d'établir des catégories plus nombreuses pour faire cesser l'incertitude.

M. Guersant. Tout le monde est d'accord sur ce qu'il faut appeler bec-de-lièvre simple; c'est celui qui est unilatéral, sans division de l'arcade alvéolaire. Tous les autres sont compliqués et la réussite est très-rare. Si M. Verneuil a vu le contraire sur un relevé de seize cas, c'est que le chiffre est trop faible et qu'il ne traduit pas les résultats généraux de la pratique de M. Guersant. L'opinion de ce dernier se fonde sur plus de deux cents cas recueillis en quatorze ans d'exercice.

M. Verneuil persiste à croire que, si en anatomie pathologique on s'entend sur la division du bec-de-lièvre en simple et compliqué, il n'en est pas de même au point de vue chirurgical, et qu'il faudrait, pour juger sainement la gravité et les chances de réussite de l'opération, faire au moins les catégories suivantes :

Bec-de-lièvre simple unilatéral;
— simple bilatéral;
— compliqué avec saillie du tubercule incisif;
— compliqué sans saillie de ce tubercule.

M. Cloquet a vu opérer deux enfants en bas âge pour des becs-de-lièvre simples: le premier un mois, le second huit mois après la naissance; tous deux succombèrent, l'un à une gangrène de la bouche, l'autre à une sorte de muguet. Il a opéré pour sa part un bec-de-lièvre simple à quinze mois; l'enfant mourut également. D'un autre côté, ayant suivi longtemps la pratique d'Ant. Dubois, il a constaté que ce chirurgien était très-heureux dans ce genre d'opération, et que jamais la mort ne survenait. A. Dubois, à la vérité, opérait très-rarement avant l'âge de cinq ans; le plus souvent, il agissait plus tardivement encore.

M. Forget rappelle que la discussion du bec-de-lièvre compliqué a

déjà été soulevée dans le sein de la Société ; plusieurs membres y ont pris part, et les *Bulletins* renferment un tableau statistique portant sur 14 cas, sur lesquels on constate 12 insuccès. Dans cette occasion, M. Demarquay a cité deux faits dans lesquels l'application de l'appareil à compression de Blandin avait amené la gangrène des joues au niveau des pelotes.

M. Demarquay se rappelle, en effet, un de ces cas. L'appareil avait été trop serré et amena des accidents sérieux; des eschares se formèrent, mais elles restèrent circonscrites; lorsqu'elles furent détachées et que les plaies furent cicatrisées, il restait à peine trace de la perte de substance.

M. Gosselin. Je suis un de ceux qui, après la dernière séance, ont exprimé, en causant avec M. Denonvilliers, des opinions un peu différentes de celles qui avaient été exposées devant la Société. Je crois donc devoir répondre à l'appel de notre collègue en rapportant ici les faits dont j'ai été témoin et les impressions qu'ils m'ont laissées. Je ne m'occuperai, conformément au désir de M. Denonvilliers, que du bec-de-lièvre unilatéral et simple.

Mes propres opérations chez les enfants à la mamelle sont au nombre de six : trois ont été faites dans la première semaine après la naissance, et les trois autres à cinq et six mois. Des trois premiers, que j'ai opérés à l'hôpital Cochin, deux sont morts du septième au dixième jour après avoir eu des convulsions; le troisième, que j'avais opéré à l'hôpital des Cliniques, a eu la lèvre coupée par les fils et une désunion complète.

A côté de ces faits, je puis en placer deux autres dans lesquels l'opération a été faite également dans la première semaine par M. Roux, et que j'ai eu l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu. L'un des enfants est mort aussi de convulsions, et l'autre a eu une perte de substance à la lèvre et un défaut de réunion.

Chez les trois enfants que j'ai opérés à cinq et six mois, qui tous trois étaient assez forts et avaient une bonne nourrice, je n'ai eu ni accident ni mort. Deux ont parfaitement guéri, et le résultat, que je constate de temps en temps, s'améliore chaque année. Sur le troisième, il y a eu d'abord réunion; mais au commencement du cinquième jour tout s'est désuni à la suite de cris de l'enfant, provoqués peut-être par l'appareil contentif que j'avais cru devoir appliquer. Je dois ajouter que la réunion s'est faite secondairement de haut en bas, et qu'il a fini par ne plus rester qu'une encoche.

La première impression que m'ont laissée ces faits est donc que la

mort a lieu plus facilement à la suite de l'opération faite immédiatement après la naissance qu'à la suite de l'opération faite à six mois, et qu'il fallait établir à cet égard une distinction qui n'a pas été assez faite jusqu'à présent.

Je suis donc partisan de l'opération chez l'enfant à la mamelle; mais aujourd'hui je ne la conseillerais pas avant cinq ou six mois, c'est-à-dire avant l'époque où l'on peut espérer que l'enfant a des chances de vie, avant que sa constitution soit faite aux milieux et au genre de nourriture auxquels il est soumis. Je tiendrais surtout à ce qu'il eût une bonne nourrice et fût depuis longtemps accoutumé à son lait.

Pour les soins à prendre à la suite de l'opération, les faits dont j'ai été témoin m'ont encore laissé les impressions suivantes :

1° Il importe que le fil soit changé tous les jours. J'ai voulu quelquefois me soustraire à cette précaution, et il m'est arrivé ce qui est arrivé à d'autres, savoir : que la peau serrée entre le fil et les épingles s'est coupée, ulcérée, gangrenée, et qu'ainsi ou bien une inflammation suppurative avec désunion s'est montrée, ou bien les solutions de continuité ont laissé des cicatrices difformes. Aujourd'hui, je change le fil tant afin de laisser libres un moment les portions de peau qui ont été comprimées, que pour interposer dans le sillon formé par le premier fil, entre la peau et le second fil, une petite couche de coton, qui diminue la pression de la peau.

2° Le changement du fil tous les jours permet de voir si la peau s'ulcère sur le trajet et par les ouvertures des épingles, de retirer la première au bout de quarante-huit heures, et de vingt-quatre heures s'il le faut, celle au niveau de laquelle l'ulcération s'est faite le plus vite.

3° Je tiens à ce que l'enfant soit bien nourri et dans de bonnes conditions hygiéniques.

4° Lorsque tous les moyens de réunion sont enlevés, je me préoccupe d'empêcher l'enfant de crier. Pour cela, je me garde bien aujourd'hui de placer sur les lèvres des bandelettes de diachylon, ni aucun bandage qui irrite l'enfant et le fasse crier. Je ne crains même pas de lui donner de très-petites doses de sirop diacode avec les précautions que cet âge réclame pour l'emploi des opiacés.

M. Denonvilliers. On ne devrait entendre par bec-de-lièvre simple que celui qui est unilatéral et qui n'est accompagné d'aucune difformité des os maxillaires. M. P. Dubois comprend dans la même catégorie des cas plus complexes, pourvu toutefois que la division soit unique et que le bord alvéolaire soit intact. On pourrait peut-être ranger encore parmi les cas simples ceux dans lesquels ce rebord alvéo-

laire est divisé, à la condition qu'aucune des pièces ne fasse saillie au delà des autres. Au reste, la remarque de M. Verneuil est juste, en cela que la complication n'est pas caractérisée de la même manière en anatomie pathologique et en médecine opératoire.

M. Denonvilliers examine ensuite l'origine de la doctrine actuellement en honneur. On avait adopté autrefois le principe de l'opération tardive pour le bec-de-lièvre simple. Survient un mémoire fait avec soin, émanant d'un chirurgien sage et prudent, et renfermant des observations peu nombreuses, il est vrai, mais toujours accompagnées de succès. Aussitôt l'opinion change ; tout le monde est entraîné, tout le monde opère le bec-de-lièvre simple immédiatement après la naissance. Cependant il se produit des faits nouveaux ; chacun apporte le résultat de sa pratique, et on apprend des choses tout à fait imprévues :

M. Danyau : 4 opérations ; 3 succès, 1 mort.

M. Richard : 2 opérations ; 1 succès, 1 mort. Il se souvient avoir vu à l'Hôtel-Dieu deux autres revers à peu de jours d'intervalle.

M. Gosselin : 3 opérations ; 1 insuccès, 2 morts.

M. Cloquet a vu opérer deux enfants très-jeunes, qui ont succombé ; il a perdu lui-même un enfant de quinze mois qu'il avait opéré pour un bec-de-lièvre très simple.

Un professeur de l'Ecole a vu périr pendant le cours même de l'opération un enfant très-jeune.

Roux a perdu au moins deux enfants dans ces conditions.

Blandin, après avoir suivi quelque temps la méthode de M. P. Dubois, y avait complétement renoncé plus tard.

M. Cloquet nous citait la pratique d'Antoine Dubois comme très-heureuse, et ce chirurgien opérait tardivement les cas simples.

M. Guersant n'a pas perdu d'opérés dans les premiers jours de la naissance pour des cas simples ; mais pour les becs-de-lièvre compliqués la mort est presque la règle. M. Michon est du même avis.

Cet examen, comme on le voit, est fort instructif. Il signale plus de dix cas mortels sur un nombre assez restreint d'opérations ; il montre que l'opération hâtive est, dans tous les cas, beaucoup plus dangereuse qu'on ne pourrait le supposer.

M. Denonvilliers, déjà très-surpris de ce que M. Dubois n'avait jamais observé ni sections des lèvres de la plaie par les sutures, ni ulcérations, ni suppuration sur le trajet des aiguilles, s'est renseigné auprès de ses collègues MM. Nélaton, Velpeau, Laugier ; tous ont été unanimes pour reconnaître la fréquence de ces accidents non-seulement chez les très-jeunes enfants, mais encore chez les adultes. M. Denon-

villiers lui-même, qui a pratiqué un très-grand nombre de réunions et de sutures sur la face chez des sujets de tous les âges, a toujours vu les épingles entamer la peau, leur trajet s'ulcérer et suppurer toutes les fois qu'elles restaient plus de trois jours en place ; quelquefois il y avait section complète et gangrène plus ou moins étendue des lambeaux. Ces accidents se montraient surtout quand les parties réunies étaient isolées en forme de pont ; mais ils survenaient aussi quand bien même les parties molles étaient appliquées, soutenues et exemptes de tout tiraillement. Il a donc pris le parti d'enlever les moyens d'union de très-bonne heure, au bout de 12, 24, 36 heures environ, et s'en est fort bien trouvé.

La discussion a également montré qu'il existe peu d'accord entre les chirurgiens sur l'époque la plus favorable pour l'opération ; tandis que les uns (MM. Lenoir, Danyau) opèrent dans les quelques jours qui suivent la naissance, M. Gosselin attend le sixième mois, M. Michon diffère jusqu'à quinze ou dix-huit mois, M. Guersant établit trois périodes. Diverses considérations doivent entrer en ligne de compte pour opter entre ces diverses opinions. L'âge, en effet, est un élément très-complexe qui comprend l'état de la constitution, les habitudes, le mode de vie. On invoque souvent en faveur de la réunion une prétendue vitalité plus considérable, dit-on, chez les très-jeunes enfants dont les tissus sont plus tendres, plus vasculaires. Mais loin d'être favorables, ces conditions paraissent nuisibles à M. Denonvilliers ; elles favorisent en effet la section des lèvres de la plaie et l'hémorrhagie, c'est-à-dire deux accidents très-sérieux et très-propres à faire manquer l'agglutination des parties divisées.

Quant à la plus grande tendance à la réunion chez les enfants, elle est admise par tout le monde, il est vrai ; mais elle n'est nullement démontrée, ou du moins rien ne prouve qu'elle diminue avec l'âge. La face est le terrain par excellence de la réunion immédiate ; elle y réussit aussi bien chez les vieillards que chez les adultes, chez ceux-ci que chez les enfants et les nouveau-nés. Il n'y a donc pas lieu de l'invoquer en faveur de l'opération hâtive, et on peut, sans s'en préoccuper, remettre celle-ci à une époque où les autres conditions seront plus favorables.

Les cris, l'agitation des enfants ont une assez grande importance. On obtient, il est vrai, plus aisément la tranquillité dans les premiers jours de la vie ; mais il en est de même au sixième ou au septième mois. On peut donc sans inconvénient attendre jusque-là, comme le propose M. Gosselin.

Pour les soins consécutifs, ils sont les mêmes à tous les âges, et ils n'ont pas à entrer dans la balance.

Les procédés opératoires ont plus de poids ; nous avons déjà vu que M. Dubois desserrait ses sutures, renouvelait les fils tous les jours, précautions auxquelles il doit peut-être de pouvoir laisser impunément les aiguilles trois et quatre jours en place. Il serait préférable sans doute de ne point introduire de corps étrangers dans les plaies elles-mêmes et d'employer le procédé que M. Denonvilliers mentionnait récemment, procédé qui consiste à placer les fils à une certaine distance des lèvres saignantes et parallèlement à ces lèvres, puis à les lier sur des plaques de caoutchouc placées sur les deux faces de la lèvre.

M. Nélaton, de son côté, a très-heureusement modifié l'avivement, et considérant que la sécabilité des tissus est très à craindre chez l'enfant naissant, il ne laisse les aiguilles que douze heures en place, et il incline même à croire que dans certains cas on pourrait s'en passer.

En résumé :

1° Il ne faut pas opérer les becs-de-lièvre, même les plus simples, immédiatement après la naissance, parce que les enfants sont encore trop faibles; parce que les tissus sont trop mous; que l'hémorrhagie est à craindre, et qu'enfin les enfants sont exposés à mourir dans les premiers mois. L'opération hâtive n'est justifiée que par la beauté des résultats, qui n'est pas suffisamment prouvée.

2° Il faut attendre jusqu'au sixième mois, ou environ, parce que les tissus sont plus fermes, moins sécables, moins vasculaires; les enfants sont plus forts d'ailleurs, et ils ont déjà échappé aux premières chances de la mortalité.

3° Il faut autant que possible adopter le procédé de M. Nélaton, ou au moins le principe de laisser très-peu de temps en place les moyens d'union.

Si cet âge est passé, il faut remettre l'opération à une époque beaucoup plus éloignée, soit vers six ou sept ans.

Les chiffres exacts manquent encore pour savoir quelle est précisément l'époque la plus favorable; mais les faits et les raisonnements qui se sont produits dans la discussion actuelle légitiment jusqu'à nouvel ordre les conclusions précédentes.

M. Guersant n'a que deux remarques à faire :

1° Il est vrai que l'opération hâtive a plusieurs fois causé la mort ; mais cela ne vient-il pas du mode d'alimentation auquel les enfants étaient soumis? Ce régime, en effet, est très-funeste aux jeunes opérés,

et M. Guersant ne consent à opérer les nouveau-nés que lorsque la mère prend l'engagement de les allaiter elle-même. Il serait intéressant de relever les cas où l'issue de l'opération a été funeste, et de savoir si les enfants avaient subi l'allaitement artificiel.

2° M. Denonvilliers, en parlant du manuel opératoire, a beaucoup vanté le procédé de M. Nélaton à l'exclusion de tous les autres; il a omis de parler de la suture élastique de M. Rigal (de Gaillac), que pour sa part il a souvent employée, et dont il se trouve très-bien.

M. Guersant s'applaudit d'avoir soulevé la discussion, car en ce qui touche le bec-de-lièvre compliqué, son opinion était incertaine. Il n'opérera l'enfant qu'il a présenté que vers six ou sept mois. Cet âge, en effet, lui paraît favorable, ne serait-ce qu'en raison du nombre très-considérable des enfants qui succombent spontanément dans les premiers mois qui suivent la naissance.

M. Cloquet. Tout le monde a observé les ulcérations, les sections causées par les sutures, et dont vient de parler M. Denonvilliers. Pour y remédier, M. Cloquet a depuis longtemps l'habitude, non pas de changer les fils, mais au contraire de retirer les épingles de bonne heure, et de laisser les fils agglutinés en place un ou deux jours de plus. Ces fils protégent la plaie et empêchent l'écartement des tissus réunis.

M. Gosselin. M. Guersant, en parlant de la nécessité de l'allaitement naturel, a soulevé une question très-importante. Deux des malades que j'ai perdus étaient précisément nourris au biberon. C'est encore là une des causes qui plaident en faveur de l'opération pratiquée à six mois. A cette époque, en effet, l'enfant est habitué à sa nourriture; on sait si le lait qu'il prend l'alimente convenablement; il a échappé aux premières chances de la mortalité.

Quant au procédé de M. Nélaton, il est certainement très-utile. Par malheur il n'est applicable que dans des cas exceptionnels. Il présente deux avantages :

1° Il fournit à la partie inférieure une sorte de point de suture naturel. Or, l'expérience démontre, dans les opérations ordinaires, que si la réunion n'est pas complète primitivement, et que le point de suture inférieur réussisse, la réunion secondaire peut se compléter d'elle-même sans le secours de l'art.

2° Le prolongement saillant que fournit l'avivement de M. Nélaton doit être réséqué plus tard. On peut donc sans inconvénient y maintenir les sutures plus longtemps qu'à la partie supérieure. Dans un cas,

M. Gosselin a laissé l'épingle cinq jours en place sur cet appendice, qui alors s'est détaché de lui-même.

Jusqu'à ce jour les causes de la mort après l'opération restent incertaines. On ne peut guère en accuser la douleur, car elle se calme vite; ni les convulsions qui pourraient en être l'effet, puisque ces convulsions n'apparaissent que tardivement, vers le troisième, le quatrième, et même le cinquième jour. D'ailleurs, douleur et convulsions peuvent manquer, et les enfants s'éteignent lentement, ou succombent à la suite d'entérite. M. Gosselin propose de cette mort une explication, qu'il reconnaît hypothétique, à la vérité. Il remarque que les enfants avalent du sang, de la lymphe plastique, du pus, de la salive altérée, soit au moment de l'opération, soit plus tard en tetant leur plaie. Ces liquides, introduits dans le tube digestif, causent l'entérite et une sorte d'intoxication. Il regarde donc comme un perfectionnement l'emploi des petits appareils mis en usage par MM. Goyrand et Broca pour empêcher les enfants de sucer la plaie avec la langue.

M. Denonvilliers tient de M. Nélaton que son procédé est applicable beaucoup plus souvent qu'on ne le pense. Quant au deuxième avantage que M. Gosselin lui reconnaît, M. Denonvilliers est d'un avis opposé. Loin de chercher à détruire le petit prolongement qui dépasse la lèvre, il faut s'efforcer de le conserver comme point réuni naturellement dans le cas où les sutures supérieures manqueraient.

Il ne faut d'ailleurs pas se préoccuper beaucoup de la difformité causée par ce prolongement. M. Denonvilliers, ayant employé une fois le procédé de M. Nélaton, fut dans les premiers temps choqué de l'espèce de trompe qui restait appendue au bord libre de la lèvre. Il se proposait de la réséquer; mais ayant différé cette section, il vit peu à peu la saillie diminuer, s'effacer, et enfin disparaître complétement.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société, Dr A. Verneuil.

Séance du 23 janvier 1856.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un homme qui a eu la main droite brûlée. Cette brûlure, survenue dans les premiers âges de la vie, a détruit

tous les doigts ; les métacarpiens ont été conservés. Cet homme, qui exerce l'état de palefrenier, est parvenu à utiliser son moignon : le premier métacarpien est devenu assez mobile pour venir s'apposer au cinquième métacarpien et saisir les objets les plus minces, tels qu'une épingle.

M. Larrey se rappelle avoir vu à Paris, sur la voie publique, il y a une quinzaine d'années, une jeune femme mutilée des deux mains par suite d'une brûlure qui avait détruit tous les doigts, en ménageant les métacarpiens. Ceux-ci, protégés par la peau et par la cicatrice de chaque moignon, avaient acquis assez d'agilité, assez d'adresse pour permettre à cette pauvre femme de saisir, de manier même divers objets très-ténus, comme des aiguilles à coudre ou à tricoter, et de pourvoir à sa subsistance en offrant son ouvrage à la commisération des passants.

Quelques membres de la Société ont également souvenir de ce fait, comparable à celui que M. Chassaignac vient de présenter.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Larrey donne lecture de l'observation suivante ; le malade qui en fait l'objet avait été présenté dans une précédente séance.

Mutilation des organes génitaux par un éclat d'obus compliquée de deux autres blessures et d'une fistule vésico-rectale. — J'ai eu l'honneur de présenter à la Société, dans l'avant-dernière séance, un blessé de Crimée qui a perdu la totalité du pénis et l'un des testicules par un coup de feu, et chez lequel une fistule vésico-rectale est survenue secondairement.

L'intérêt que ce cas compliqué me semblait offrir m'a décidé à en rédiger moi-même l'observation d'une manière plus complète que je n'ai pu le faire dans un simple exposé verbal, afin d'en donner lecture à la Société (1).

Le nommé C..., gendarme de la garde impériale, atteint déjà d'un coup de feu à la cuisse droite et d'un coup de baïonnette à la fesse du même côté, ramenait un prisonnier russe vers la tranchée, lorsqu'en se retournant pour s'assurer de lui, il se sent frappé aux parties génitales par un éclat d'obus. La douleur instantanée, agissant comme une commotion vive, lui fait perdre connaissance. Il revient à lui, et, à côté de ses vêtements déchirés, ensanglantés, il voit que son pénis a été entiè-

(1) Cette observation, extraite des Bulletins de la Société de chirurgie, a été recueillie en même temps par un stagiaire du Val-de-Grâce, M. Thémoin, pour sa thèse *sur les plaies de la région scrotale.*

rement détaché ; il essaye en vain de se relever, et ne se traîne qu'avec peine jusqu'à la tranchée, où il s'évanouit encore en perdant beaucoup de sang. Les premiers secours de la chirurgie ne peuvent lui être donnés que plusieurs heures après sa blessure, et lorsque l'hémorrhagie s'est arrêtée.

On constate alors vers le côté gauche des bourses une large plaie étendue à la face interne et supérieure de la cuisse jusqu'à la région inguinale correspondante, et empiétant même par en haut sur le pubis droit, tandis que par en bas elle intéresse le périnée jusqu'au-devant de l'anus, en se rapprochant d'une seconde plaie étroite et profonde produite par un coup de baïonnette. Une troisième blessure résulte d'un coup de feu par une balle qui a entamé la cuisse sans pénétration au tiers moyen de sa face interne.

Quant à l'éclat d'obus, il a emporté la totalité de la verge à sa racine, ainsi que le testicule gauche, dont le cordon s'est rétracté dans l'aine.

Le testicule droit subsiste, mais tout à fait dénudé, faisant hernie dans la plaie à travers la cloison déchirée du dartos, et maintenu seulement par le cordon intact. On conserve cet organe, après quelque hésitation à le sacrifier. Il n'y a point de fracture au bassin.

Le blessé a uriné sans effort avant même de recevoir les premiers secours, mais toutes les tentatives pour introduire une sonde dans la vessie échouent complétement; l'orifice de l'urètre, rétracté sous le pubis, ne peut même être retrouvé au milieu des lambeaux attrits et tuméfiés de la plaie. On se contente de la régulariser autant que possible; le testicule est remis à peu près en place et soutenu par l'appareil du pansement, qui ménage une sorte d'hiatus pour l'écoulement d'ailleurs volontaire de l'urine.

La réaction est peu prononcée, si ce n'est pendant un seul jour, avec fièvre et délire, suivi d'une exaltation morale assez vive; mais aussitôt après le calme survient; le blessé souffre peu, et il est évacué sur Constantinople, où on essaye encore de le sonder à diverses reprises sans y réussir.

La plaie, en voie de suppuration, est envahie par la pourriture d'hôpital, qui détruit une nouvelle portion des tissus, résiste à divers traitements et cède à l'application du cautère actuel.

La cicatrisation s'établit enfin au bout de cinq mois, et, lorsqu'elle est à peu près complète, le pauvre mutilé arrive en France. Après s'être arrêté à Marseille, sans pouvoir encore être sondé, il entre au Val-de-Grâce provisoirement en octobre et définitivement en décembre

1855, dans notre division de clinique, où nous l'examinons plusieurs fois. Voici l'état des parties mises à découvert par l'écartement des cuisses :

La bourse droite existe seule; elle est close, assez développée, se portant à gauche, et contenant un testicule sain, assez ferme et non atrophié. Nul vestige de la verge, même à sa racine sous le pubis; point d'orifice urétral extérieur ou appréciable, ni trace du raphé, qui a été détruit avec le reste du scrotum et le testicule gauche. Mais la portion conservée des bourses, étant renversée à droite, fait voir en dedans et sur la ligne médiane une sorte de cul-de-sac infundibuliforme, allongé verticalement, bordé d'un côté par l'enveloppe tégumentaire, de l'autre par un repli de la cicatrice, recouvert dans le milieu par une pseudo-membrane muqueuse, d'un aspect rougeâtre, humide à sa surface, et aboutissant sous le pubis à une anfractuosité irrégulière, d'où s'écoule l'urine par un pertuis tellement étroit, sinueux et serré, que les bougies les plus fines n'y pénètrent qu'à demi et en provoquant de la douleur. L'ensemble de ces parties représente assez bien dans la position indiquée une apparence d'hermaphrodisme (1).

Voilà pour l'état physique du blessé, dont les conditions physiologiques offrent aussi de l'intérêt. Indiquons-les sommairement.

Il n'a jamais eu de rétention d'urine, malgré l'étroitesse extrême de l'orifice vésical de l'urètre et malgré l'impossibilité absolue du cathétérisme, mais sans doute à cause des adhérences qui empêchent l'oblitération complète de cet orifice. Il urine cependant à volonté, si ce n'est sous l'influence du froid, qui semble agir sur le col de la vessie et déterminer une incontinence momentanée. L'urine coule par suintement et non par jet.

Mais une complication secondaire bien fâcheuse est survenue. C'est une fistule vésico-rectale, paraissant dépendre d'une érosion consécutive plutôt que d'une perforation primitive de la vessie, et qui, étant d'ailleurs assez étroite, ne semble pas remonter à une grande hauteur.

Quant au seul testicule restant, loin de s'atrophier, il offre un volume et une consistance notables, en provoquant des désirs, des excitations pénibles, et parfois même des pollutions nocturnes trop reconnaissables pour le malheureux mutilé, qui a femme et enfant.

Ajoutons que cet homme, précédemment plein de courage et d'éner-

---

(1) Un dessin fort bien fait par M. le docteur Sarazin, aide-major du Val-de-Grâce, est présenté en même temps que le malade à la Société.

gie, est devenu depuis sa blessure craintif et timide ; son caractère était décidé, il est irrésolu ; il avait l'esprit calme, il est agité ; il éprouve de fréquentes insomnies, et alors de la tristesse, de la douleur, ou bien il montre une excitabilité nerveuse et une loquacité incessantes. Sa constitution physique semble elle-même se transformer et offrir déjà quelques-uns des attributs de la femme assignés aux castrats.

Telle est la situation de ce malheureux. Que faut-il faire ou tenter pour la modifier, sinon l'améliorer ?

Convient-il d'inciser, de débrider le pertuis urétral, inaccessible jusqu'ici aux plus petites bougies, pour parvenir dans la vessie et y fixer une sonde, non-seulement afin d'élargir l'orifice urinaire, mais encore afin de faciliter la cicatrisation de la fistule vésico-rectale ? Mais n'est-il pas à craindre que cette opération, assez difficile d'exécution, ne soit incertaine dans son but, soit en détruisant des adhérences qui seules peut-être ont facilité la filtration de l'urine, soit en provoquant une inflammation oblitérante du conduit urétral ?

Y aurait-il une opération d'autoplastie à essayer avec une portion de la peau restante du scrotum ? Moins encore sans doute, puisqu'il ne subsiste pas de moignon du pénis pour point d'appui, ni même vestige de cot organe.

Ne semble-t-il pas plus rationnel de recourir seulement à un moyen palliatif de cette triste infirmité, si surtout l'incontinence d'urine devient plus fréquente, ou si la fistule vésico-rectale persiste en même temps ? Ce moyen ne serait autre qu'un appareil conducteur ou tube à réservoir adapté à la région sous-pubienne et caché sous les vêtements ? M. Charrière s'occupe d'en confectionner un tout exprès.

Une indication plus rationnelle, sinon plus applicable, serait de parvenir à oblitérer la fistule vésico-rectale, soit par la cautérisation, comme nous l'a conseillé M. Cloquet, soit par l'anaplastie ; mais le résultat de cette opération ne serait-il pas compromis par les difficultés mêmes de rétablir le cours urétral de l'urine à l'aide d'une sonde ?

Une complication d'ailleurs existe à l'orifice anal. Un rétrécissement fibreux à peu près annulaire est survenu par la cicatrisation de la plaie de la fesse, dont la direction se portait même vers la cloison recto-vésicale, et le tissu inodulaire peu extensible est devenu si douloureux qu'il ne se prête pas à l'introduction du speculum ani ordinaire.

Pour suppléer à cet instrument, à celui mêmo de M. Barthélemy (sorte de cône échancré sur sa paroi), je me sers d'une pince à polypes, dont les branches écartées distendent le rétrécissement et permettent

d'apprécier l'état des parties situées au-dessus (1). Nous reconnaissons ainsi sur la ligne médiane de la paroi recto-vésicalo, à peu de distance du sphincter (2 centimètres environ), un orifice étroit, mamelonné, d'où l'urine suinte seulement par gouttelettes ou s'écoule un peu plus abondamment, selon que la miction n'a pas lieu ou se reproduit.

Une dernière question se présente : Faut-il conserver le testicule, qui non-seulement est devenu inutile, mais encore provoque parfois de pénibles excitations érotiques chez ce malheureux mutilé, plus à plaindre peut-être que s'il avait subi une castration complète? Je n'hésiterais pas à lui proposer le sacrifice du seul organe sexuel qui lui reste, s'il ne devait s'habituer peu à peu à sa triste situation, comme nous sommes à même de le constater déjà, et si à la longue l'atrophie testiculaire ne devait en être la conséquence.

Je rendrai compte ultérieurement à la Société du résultat définitif de cette observation.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Ambroise Mordret (du Mans) adresse deux observations de céphalotripsie avec considérations sur le choix qu'il convient de faire entre le sacrifice de l'enfant et l'opération césarienne dans les cas d'angustie pelvienne. (Commission : MM. Lenoir, Richet et Danyau).

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Observation d'un bec-de-lièvre double très-compliqué opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, par M. Bonnafont ;

Considérations sur les plaies de la région scrotale (thèse inaugurale adressée pour le prix Duval), par M. le docteur Thémoin.

RAPPORTS.

Tumeur cartilagineuse du testicule. — M. Giraldès communique le rapport suivant :

Vous m'avez chargé plusieurs fois de vous rendre compte, de vous signaler les travaux importants, les observations rares insérés dans les *Transactions* de la Société royale médico-chirurgicale de Londres.

Vous avez accueilli avec faveur ce genre de communications, lorsque surtout elles avaient trait à des faits de nature à modifier quelques points de pratique, ou d'ajouter de nouveaux éléments à nos connaissances en pathologie.

---

(1) C'est le même moyen que j'emploie, ou une simple pince à anneaux, pour explorer les cavités étroites, telles que le conduit auditif ou les fosses nasales.

Vous vous rappelez qu'en 1852 j'ai soumis à votre appréciation un travail de M. Bellingham (de Dublin) sur le traitement des anévrismes poplités par la compression de l'artère à distance; vous avez pu apprécier la valeur des faits importants qui doivent encourager les chirurgiens à essayer cette méthode. Je vous ai également exposé le résumé du travail de M. John Marshall sur l'application de la cautérisation électrique au traitement des fistules profondes et à l'ablation de certaines tumeurs. A cette époque, le cautère électrique, quoique en germe dans le *Traité de l'électricité* de M. Becquerel, malgré les efforts de M. Jules Regnault, était à peine connu parmi nous. Pour mieux faire ressortir l'opportunité de ce genre de rapports, ai-je besoin de rappeler à votre souvenir le résumé du travail statistique de M. Robert Lee sur les extirpations ovariennes, et les recherches curieuses de M. Curling sur les kystes du testicule?

D'après ces précédents, je viens vous faire connaître aujourd'hui les faits importants consignés dans le dernier volume des *Medico-chirurgical Transactions*. Au nombre des travaux consignés dans ce volume, nous rencontrons une observation curieuse, unique peut-être, intéressante à plus d'un égard, et de nature à jeter quelque lumière sur un point important de pathologie générale. Cette observation a été exposée et étudiée avec le plus grand soin par un des observateurs les plus habiles de Londres, le professeur James Paget. Il s'agit d'un enchondrome du testicule, des vaisseaux lymphatiques du cordon spermatique, et généralisé au poumon.

La question des tumeurs cartilagineuses du testicule, des enchondromes du testicule, n'a été le sujet d'aucune étude clinique; malgré les nombreux exemples connus aujourd'hui, c'est à peine si dans la seconde édition de son livre M. Curling consacre trois pages aux enchondromes, et encore sont-elles en entier remplies par le résumé de l'observation dont nous allons parler. Rien donc d'étonnant que les auteurs classiques les plus récents, que les monographies de Ramsden, Astley Cooper et Curling (1re édition) gardent le silence sur cette question.

C'est dans le travail de Muller sur le cancer, publié vers 1839, qu'on trouve la première indication des enchondromes du testicule. Plus tard, en 1850, dans l'article Testicule (*Cyclopædia of anatomy*, etc., partie xxxviii), M. Curling cite des cas d'enchondromes trouvés dans les kystes de l'organe. Rokitansky, Bœring, Virchow, Fergusson, Hancock, Lawrence, etc., etc., ont fait connaître des tumeurs de cette espèce. Mais c'est surtout à John Quekett et Jaber Hogg que la science est redevable d'une étude plus complète de cette espèce pathologique.

Le premier de ces observateurs en a décrit et fait dessiner un bel exemple dans le tome I[er] du *Catalogue de la série histologique du musée du Collége royal des chirurgiens de l'Angleterre.*

Depuis quelque temps, et notamment depuis que les chirurgiens portent plus de soin dans l'étude anatomique des tumeurs du testicule, on a vu apparaître nombre de tumeurs cartilagineuses; quelques-unes même, chose curieuse, ont été trouvées dans quelques musées, où elles étaient rangées sous un autre nom. Certaines avaient posé comme spécimens, et avaient été données comme types de préparations cancéreuses. C'est ainsi que la pièce anatomique dessinée dans la planche X, figure 2, de l'atlas du *Traité sur les maladies du testicule*, par sir Astley Cooper, est citée comme un exemple de cancer squirrheux. Cette pièce est, au contraire, d'après les investigations minutieuses de M. William Adams, un magnifique exemple d'enchondrome du testicule.

Combien ne faut-il pas être réservé à accepter des conclusions déduites de faits mal déterminés ou qui n'ont pas été soumis au contrôle sévère d'une observation rigoureuse !

Je reviens à l'observation de M. Paget.

Cette observation a pour sujet un homme de trente-sept ans, ouvrier dans un chantier, et chez lequel une tumeur s'est développée, d'abord sans cause connue, dans le testicule droit. A la suite d'une contusion violente de cet organe, elle fit des progrès, gagna même le cordon et atteignit un volume assez grand ; elle mesurait sept pouces de circonférence.

Le malade fut opéré par M. Skey ; il guérit de l'opération et quitta l'hôpital en apparence débarrassé de la maladie. Il y rentra trois semaines après, dans un déplorable état de maigreur et de faiblesse, respirant péniblement. Il succomba subitement trois semaines après sa rentrée.

L'examen de la tumeur après l'opération et l'examen du corps permirent de constater que la masse morbide était constituée par du cartilage qui avait pris en grande partie la place du tissu glandulaire, que les vaisseaux lymphatiques du cordon étaient dilatés et remplis par des masses de cartilages contre-moulées dans leur cavité et enveloppées d'une matière molle, formée de cellules à noyaux très-allongés ; que de l'anneau inguinal interne on pouvait suivre dans le trajet des vaisseaux spermatiques deux lymphatiques dilatées, remplies également par du cartilage et se terminant dans une tumeur placée au bas de la veine cave inférieure, constituée par de la matière cartilagineuse, de la substance glandulaire et par des lacunes remplies d'un liquide ayant la

composition de la lymphe. Cette tumeur, en contact immédiat avec la veine cave, avait détruit ses parois, pénétré dans sa cavité, et baignait par quelques points dans le sang veineux. Le reste de la veine cave, ainsi que les organes environnants, sont sains. Le poumon est le seul viscère atteint profondément par la maladie ; son volume et son poids sont augmentés ; il pèse onze livres et demie. Cet organe est farci de tubercules cartilagineux ; on les trouve surtout dans la direction de l'artère pulmonaire, dont ils détruisent les parois pour faire brèche dans quelques points dans la cavité du vaisseau. L'examen du sang ne donne aucun renseignement particulier.

L'étude minutieuse de cette production morbide ne permet de constater autre chose que des éléments du tissu cartilagineux et des cellules très-allongées. Nulle part, aucune trace d'élément cancéreux.

Ainsi, une tumeur non cancéreuse envahit et détruit l'organe principal de l'hématose, s'y développe comme si un germe avait été porté par la circulation, déposé dans le tissu du poumon, y acquiert des proportions telles que la mort en est la conséquence ; c'est, sans contredit, un fait important qui doit être enregistré avec soin par tous ceux qui, dans leurs études scientifiques, adoptent la devise de la Société de chirurgie: *Vérité dans la science.*

— M. Michon fait un rapport sur un mémoire présenté par M. Drouineau (de la Rochelle). A la suite de ce rapport, M. Drouineau est nommé membre correspondant de la Société.

Observation de lithotritie et d'extraction d'une épingle double à cheveux qui avait servi de noyau à un calcul de 70 millimètres sur 30 (1).

Mlle L....., jeune fille âgée de neuf ans et demi, fut prise, à la suite d'une cholérine assez sérieuse, d'envies fréquentes d'uriner qui devinrent de plus en plus pénibles et douloureuses. Quelque temps après, les urines laissèrent déposer un mucus épais, signe caractéristique d'un catarrhe vésical. Des soins et des moyens appropriés ne purent amender cette affection vésicale, qui s'aggravait chaque jour davantage. Bientôt la nécessité d'une exploration avec la sonde fut jugée nécessaire.

L'extrême indocilité de cette enfant rendit le cathétérisme difficile ; mais la sonde constata aussitôt la présence dans la vessie d'un calcul

(1) Cette observation et les suivantes ont été lues à la Société de chirurgie dans la séance du 23 janvier.

que je crus de petite dimension, car il y avait à peine quatre à cinq mois que les premiers symptômes s'étaient manifestés. Je pris donc la résolution de l'opérer par le broiement.

Le 14 août 1851, je fis, avec l'assistance du docteur Sauvé, une première séance d'exploration et de broiement; mais il fallut, à cause de l'indocilité de cette jeune fille, recourir au chloroforme. Deux grammes répandus sur une petite éponge trouée et entourée d'un mouchoir en forme de godet, et qu'on fit respirer pendant huit à dix minutes, ont suffi pour plonger cette enfant dans un état de demi-insensibilité qui me permit de sonder facilement, d'injecter la vessie, qui reçut six onces d'injection.

Un petit brise-pierre fut introduit très-facilement, mais il ne put prendre le calcul, qui me parut très-volumineux. J'employai immédiatement un brise-pierre à cuillers pour adulte, et je saisis une pierre de 30 millimètres qui était friable, car je pus l'écraser plusieurs fois par la pression seule de la vis. Le détritus obtenu dans l'instrument était de couleur blanchâtre et à gros grains. L'enfant rendit presque aussitôt une assez grande quantité de petits fragments de même couleur.

Aucun accident n'étant survenu, le 17, trois jours après, je pus faire une deuxième séance, toujours à l'aide du chloroforme, et facilement saisir et broyer le calcul de 30 millimètres et des fragments de plus petite dimension pendant dix minutes environ.

Tous les trois ou quatre jours je pratiquai la lithotritie à cette jeune enfant, dont l'indocilité nécessita encore l'emploi du chloroforme. Chaque séance donnait un résultat aussi heureux qu'abondant, et j'étais arrivé à la dixième, lorsqu'il se présenta au méat urinaire un gros fragment que je pus extraire avec une petite pince à pansement; il portait un sillon noir très-caractérisé. L'examen de ce fragment et des autres, que j'avais obtenus en grande quantité, me donna la certitude que ce calcul avait pour noyau un corps étranger.

C'est alors seulement que, vaincue par l'évidence, cette enfant avoua qu'une autre jeune fille, dans un jeu d'enfant, lui avait introduit une épingle double à cheveux dont elle me montra la dimension.

La grande quantité de matière calcaire déjà obtenue me donna à penser que cette épingle devait être, après dix séances de broiement, en grande partie dépouillée de la matière calcaire.

J'écrivis aussitôt à M. Le Roy, qui avait présenté à l'Académie des sciences un instrument pour extraire les corps étrangers tombés dans la vessie, et qui eut l'obligeance de me faire parvenir par M. Mathieu, son fabricant d'instruments, une pince à extraction à deux branches

droites, munie d'une tige qui fait basculer très-facilement le corps étranger et lui donne une direction parallèle aux branches quand on est assez heureux pour le saisir.

Cet instrument très-ingénieux était d'une trop forte dimension chez cette enfant, son introduction a été très-difficile et sa manœuvre douloureuse ; je ne pus saisir l'épingle, elle était encore trop volumineuse par son encroûtement calcaire.

Quelques jours après, je reçus de M. Mathieu, qui sut que j'avais à faire l'extraction d'une épingle double à cheveux, un nouvel instrument de son invention pour l'extraction de la vessie des corps étrangers de cette nature. Il se compose d'une canule renfermant une tige munie à son extrémité d'un petit crochet mousse parfaitement fait, et à l'autre d'une vis à écrou qui dans son mouvement fait rentrer dans l'intérieur de la canule et la tige et le fil de fer saisi par le crochet.

Cet instrument, aussi simple qu'ingénieux, avait parfaitement réussi dans les différents essais que j'ai faits avant de l'employer pour ma malade.

Lorsque j'en fis l'application, son introduction fut très-facile, sans douleur ; après quelques tentatives seulement, je pris l'épingle dans le crochet, et aussitôt, en faisant mouvoir l'écrou, j'éprouvai une assez forte résistance qui céda brusquement. Je retirai l'instrument; il était en partie bouché par de la matière calcaire, et la moitié d'une des branches de l'épingle était dans l'intérieur de la canule.

Après l'avoir nettoyé, je l'introduisis de nouveau, et je parvins assez rapidement à saisir l'épingle dans le crochet ; mais après avoir tourné quelque temps l'écrou et avoir obtenu une très-forte résistance, elle céda et tomba dans la vessie: je retirai l'extrémité de la canule toute déformée. Je le renvoyai immédiatement à M. Mathieu pour le faire réparer, et, malgré son extrême obligeance, l'instrument resta un mois à me revenir par une erreur d'adresse.

Impatient de terminer cette opération, de délivrer entièrement ma jeune malade, je tentai de me servir pour cette extraction d'un brise-pierre modifié par M. Civiale, à cuillers peu profondes et presque lisses. Après avoir fait une injection dans la vessie, je fis pénétrer facilement le brise-pierre, et après quelques recherches, je saisis d'abord le corps étranger par la partie moyenne; mais, malgré toute la précaution possible, je ne pus l'obtenir. Je plaçai l'instrument ainsi chargé au milieu de la vessie, je l'appuyai sur le bas-fond, je l'ouvris un peu avec soin, sans abandonner entièrement l'épingle ; je fis exécuter à l'instrument un peu ouvert quelques mouvements de latéralité, et je

parvins ou j'eus le bonheur de la saisir par son extrémité arrondie, mais un peu obliquement. Après m'être assuré que je ne tenais que l'épingle, je procédai à son extraction, n'exerçant qu'une très-légère pression ; je pris mon instrument par le milieu de sa tige, et je sentis, par la petite résistance que me présenta sa sortie, que l'épingle se redressa et prit la direction des branches; mais arrivé au méat urinaire, l'instrument abandonna l'épingle assez en dehors pour être prise avec des pinces.

Quelques jours après, je fis, sans être obligé d'employer le chloroforme, une séance d'exploration qui confirma la délivrance complète du calcul et la guérison assurée de cette jeune fille.

De ce fait chirurgical, assez intéressant pour être exposé avec quelques détails, j'ai pu tirer quelques considérations pratiques dignes de remarque :

Le séjour de ce corps étranger à pointes aiguës dans la vessie pendant plus de six mois, sans manifester d'accidents graves ; son encroûtement tellement rapide que, dans l'espace de moins d'un an, il forma une pierre de 70 millimètres sur 30 ; son extraction complète avec un simple lithotriteur à cuillers ; la facilité de la lithotritie chez les jeunes filles, puissamment aidée par l'effet du chloroforme, qui fut employé pendant dix séances consécutives à des doses de plus en plus élevées et sans aucun accident.

Cependant, si j'avais connu la nature du corps étranger qui a servi de noyau à cette pierre, je n'aurais pas tenté la lithotritie, j'aurais préféré la taille sus-pubienne. Aujourd'hui je me félicite de l'avoir ignorée, puisque, à l'aide d'un lithotriteur, je suis parvenu à écraser une pierre aussi volumineuse et à extraire un corps étranger qui par sa forme et sa nature devait présenter beaucoup de difficultés.

Quoique les instruments de M. Mathieu n'aient point réussi dans cette circonstance, ils rendront, je pense, de grands services : le premier, un peu trop gros, convient spécialement pour les fragments de sonde tombés dans la vessie; le second aurait parfaitement et rapidement retiré l'épingle si elle n'avait pas été si fortement encroûtée.

Observation d'extraction d'un fragment de sonde de gomme qui, s'étant brisée en plusieurs morceaux pendant l'introduction, tomba dans la vessie.

M. Gézeron de Laleu, vieillard de soixante-quinze ans, fut pris au mois de décembre 1847 d'une rétention d'urine fort grave pendant quelques jours, compliquée de catarrhe vésical, qui amena

une distension énorme de la vessie. La paralysie de cet organe nécessita l'usage continu de la sonde. Sous l'influence d'un traitement bien suivi par les injections avec le baume de copahu, le catarrhe vésical se dissipa, la vessie reprit peu à peu ses fonctions ; mais, toujours paresseuse, elle exigeait souvent l'usage de la sonde, que le malade, quoique très-âgé, s'introduisait lui-même d'une main tremblante avec autant de hardiesse que de force.

Au mois de janvier 1853, M. Gézeron, éprouvant le besoin d'uriner, fut forcé de se servir de la sonde. Il en prit une qu'il avait achetée chez un pharmacien depuis quelque temps. Mais dans l'introduction, que le malade fit avec sa brusquerie ordinaire, la sonde se rompit en trois fragments, dont l'un, inférieur, tomba dans la vessie, un autre, supérieur, fut retiré de l'urètre par le malade ; le moyen resta dans la partie moyenne du canal.

M. le docteur Jousseaume, appelé aussitôt, vint chez moi, et me pria de lui prêter une petite pince à trois branches pour faire l'extraction d'un fragment de sonde qui était encore dans l'urètre.

Ce médecin réussit facilement à l'attirer au dehors à l'aide de cet instrument, mais il reconnut par sa longueur et par sa forme que l'extrémité de la sonde était tombée dans la vessie. Il vint me chercher aussitôt; nous fîmes ensemble d'abord l'examen des parties de la sonde qui avaient été extraites, et nous jugeâmes que celle qui était dans la vessie devait avoir 8 à 10 centimètres.

Le malade placé sur le rebord de son lit, le bassin élevé par un fort coussin, j'explorai avec soin le canal de l'urètre avec une sonde d'argent, et j'arrivai jusque dans la vessie sans rencontrer le corps étranger. Pour faire cesser la rétention d'urine, qui fatiguait beaucoup le malade, j'évacuai l'urine. Pendant cette évacuation, je sentis facilement le fragment qui venait heurter ma sonde. Une injection d'eau chaude fut faite, et j'introduisis d'abord un lithotriteur avec une pince à trois branches armée d'un simple foret.

Je ne pus avec cet instrument saisir le corps étranger, qui par sa grande légèreté et sa mobilité se tenait à la surface du liquide et fuyait la pince au moindre mouvement.

Je pris alors le brise-pierre à coulisse courbe et à cuillers peu profondes, dont je m'étais servi avec succès pour l'extraction de l'épingle double à cheveux ; cet instrument introduit, je sentis le fragment à l'extrémité de mon instrument; j'en écartai les branches avec soin et lenteur, et je parvins à le saisir. La sensation que j'avais éprouvée en les rapprochant avec la même précaution, l'écartement des bran-

ches obtenu, la mobilité de l'instrument dans la vessie m'en donnèrent la certitude. Sans exercer de pression, saisissant mon instrument par la partie moyenne des branches, je tentai de le retirer; arrivé au col, la résistance que j'éprouvai m'engagea à faire remonter un peu avec le pouce la branche mâle pour diminuer la pression. Le fragment, qui avait été saisi par une de ses extrémités dans une direction oblique, changea de position, vint se loger dans la cuiller parallèlement aux branches, et put dès lors sortir avec facilité et sans douleur.

Ce malade, malgré son grand âge, n'éprouva aucune indisposition de cette opération, qui eut aussi un heureux résultat.

Observation d'hydro-néphrose avec pyélite calculeuse (Rayer).

Carteau, tailleur, âgé de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, jouissant d'une très-bonne santé, n'ayant jamais rendu de graviers avec ses urines, éprouvait depuis quelques jours seulement des douleurs lombaires. Il s'aperçut qu'il n'avait pas uriné depuis plus de trente-six heures, lorsqu'il me fit demander, le 26 mars 1853, pour le sonder.

A l'examen du ventre, je ne trouvai ni tumeur ni matité dans la région hypogastrique. Je pensai que la vessie contenait peu d'urine; mais l'introduction de la sonde n'en fit sortir aucune goutte. La vessie reçut une injection d'eau chaude, qu'elle rendit avec jet. Le malade n'avait point de fièvre; son pouls était dur, mais lent; point de douleurs dans l'abdomen à la pression. Il conservait un calme et une sérénité vraiment extraordinaires. Ce symptôme grave d'anurie dans son réservoir fixa mon attention, et je dirigeai ma médication sur les reins, que je crus engorgés, et la persistance des symptômes pendant plusieurs jours, malgré les moyens employés, tels que saignées, sangsues, bains, ventouses, etc., me donna la pensée que les accidents étaient dus à un gravier engagé dans l'urètre et qu'il devait n'exister chez ce malade qu'un seul rein.

Bientôt le développement d'une tumeur dans le flanc droit, qui augmenta chaque jour, vint confirmer mon diagnostic. La fièvre urineuse se manifesta avec oppression, délire, hoquet, et une exhalation d'une odeur urineuse par la peau et la respiration; le malade succomba au quinzième jour de l'invasion de la maladie.

L'autopsie fut faite en présence de MM. les docteurs Sauvé et Jousseaume, qui, appelés en consultation, avaient observé les symptômes qu'avait présentés ce malade.

A l'ouverture de l'abdomen, nous vîmes une tumeur énorme qui

remplissait toute la région lombaire droite formée par le rein fortement distendu par un liquide.

La vessie était flasque et entièrement vide, et l'uretère droit, d'une dimension ordinaire, ne contenait point d'urine; seulement on sentit facilement que plusieurs graviers, à 3 centimètres de son extrémité supérieure, étaient arrêtés dans son intérieur.

Dans la région lombaire gauche, malgré nos recherches les plus attentionnées, nous ne trouvâmes pas le rein gauche; l'uretère existait seulement à l'état rudimentaire et sous la forme d'un petit filet dur, arrondi.

Nous enlevâmes avec autant de soin que possible ces organes, et cependant l'urètre fut coupé dans la dissection vers la partie moyenne. La vessie étant ouverte, la muqueuse, parfaitement saine, ne contenait point une seule goutte d'urine; l'orifice inférieur de l'uretère droit, de dimension ordinaire, laissa pénétrer dans son intérieur un petit stylet. A gauche, il existait une légère dépression ovalaire qui donnait la forme de l'orifice inférieur de l'uretère gauche. Mais celui-ci était entièrement obstrué; le stylet n'a pu y pénétrer, malgré nos tentatives réitérées.

Le rein, dont le tissu nous a paru sain, fut ensuite coupé dans toute l'étendue de son bord supérieur, et il s'en écoula près de 250 grammes d'une urine épaisse, blanchâtre, d'une odeur fétide. Nous trouvâmes alors une grande quantité de sable rouge et de petits graviers de même couleur qui remplissaient en partie les calices. A 3 centimètres du rein, nous reconnûmes dans l'uretère la présence de deux graviers de la grosseur d'un pois et de forme irrégulière, qui bouchaient si exactement ce conduit, qu'il fallut inciser pour les recueillir.

L'absence de l'urine dans la vessie, la tumeur qui s'est développée dans le flanc droit et les symptômes de résorption urineuse que nous a offerts ce malade avaient évidemment pour cause l'obstruction de l'uretère, et cette obstruction devait être produite par des graviers, puisqu'elle a été subite.

Tel est le raisonnement qui nous a permis de porter d'avance un diagnostic que l'examen des organes est venu confirmer.

Cette affection est tellement rare que M. Rayer, dans son excellent ouvrage sur les maladies des reins, en cite seulement quelques cas sous la dénomination de hydro-néphrose.

Qu'il me soit permis de rapprocher de ce fait malheureux un autre qui fera comprendre combien l'absorption de l'urine peut rapidement donner la mort.

M. D.., (de la Rochelle), homme d'une forte constitution, d'une cinquantaine d'années, atteint d'affection calculeuse depuis longtemps, fut sondé par M. le docteur V..., son médecin ordinaire, qui l'engagea souvent à se faire opérer.

Mais comme il rendait fréquemment des graviers, il refusa les conseils de son médecin, préféra suivre ceux d'un pharmacien qui se disait son ami, qui lui persuada que toute opération était très-dangereuse et inutile, puisqu'il rendrait les pierres par morceaux s'il prenait du bicarbonate de soude.

Ayant le canal de l'urètre assez large, il rendait à la vérité assez souvent des graviers, même assez gros. Mais en l'absence de M. V..., son médecin, un petit calcul s'engagea dans la région prostatique. Il crut pouvoir le faire sortir à l'aide de ses doigts par une pression extérieure. Pendant plus de quarante-huit heures il persista dans sa tentative; mais la rétention d'urine persistant, il me fit demander.

Je trouvai le calcul arrêté à 8 centimètres du méat, la verge fortement tuméfiée et la muqueuse urétrale formant un bourrelet au-devant du calcul.

Je fis quelques tentatives d'extraction, aidé par mon confrère le docteur Jousseaume; mais le gonflement de la verge et les symptômes do l'absorption de l'urine, qui était retenue dans la vessie depuis trois jours, me décidèrent à appeler en consultation MM. Sauvé et Jousseaume, qui pensèrent comme moi que la taille urétrale était de première nécessité pour faire cesser la rétention d'urine.

Cette petite opération fut très-facile.

La verge maintenue droite par un aide, j'introduisis un cathéter droit jusqu'au gravier, sur lequel je fis l'incision de la peau et du canal. Je saisis facilement avec une pince à pansement un petit calcul de la grosseur d'une noisette. La rétention d'urine persistait. Une sonde d'argent, introduite immédiatement, repoussa une pierre qui bouchait le col vésical, et donna issue alors à de l'urine épaisse, rougeâtre d'abord, puis blanchâtre, et nous reconnûmes que cet organe était pour ainsi dire rempli de pierres assez volumineuses et de diverses dimensions. J'étais obligé de les déplacer pour faire sortir l'urine.

Le soir même le malade, qui avait déjà eu la fièvre très-forte, fut pris d'un étouffement avec délire, et exhalait une odeur urineuse remarquable.

Malgré une médication énergique, les symptômes augmentèrent à un tel point que la mort arriva le lendemain.

Ces deux faits prouvent évidemment que la rétention de l'urine, soit

dans l'organe sécréteur, soit dans son réservoir, détermine, par la résorption, des accidents tellement graves, qu'une mort rapide en est le résultat.

Le deuxième malade a été victime de son imprudence à vouloir extraire ce gravier en le faisant cheminer de force à l'aide des doigts dans l'urètre; il a causé une obstruction qui n'a pas permis de faire le cathétérisme à temps pour faire cesser la rétention d'urine dans la vessie, dont le col était bouché par de petites pierres sans doute fragmentées. Je dis fragmentées, car les petis graviers qu'avait déjà rendus ce malade sont dignes d'être examinés avec soin. Ils sont en effet fragmentés; ils n'ont point la forme ordinaire : ils présentent des coques, des segments; on les croirait morcelés par un instrument. Mais non, ce malade faisait usage de bicarbonate de soude à haute dose, et était persuadé par son ami qu'il rendrait toutes ses pierres par ce seul moyen.

Cette fragmentation apparente est-elle due à l'action du bicarbonate de soude, ou dépend-elle d'une exfoliation des graviers?

RAPPORT.

Vous avez chargé MM. Denonvilliers, Guersant et moi de vous rendre compte d'un mémoire présenté à la Société par M. Drouineau (de la Rochelle). Ce mémoire est relatif à plusieurs cas de maladies des voies urinaires. Il se compose de quatre observations propres à l'auteur. Elles sont accompagnées de réflexions et de corollaires qui ajoutent au mérite que ces observations offrent déjà par elles-mêmes. Je vais les analyser brièvement.

Dans la première, il s'agit d'une petite fille de neuf ans, fort irritable et indocile, que des douleurs de vessie, des envies continuelles d'uriner, du catarrhe vésical mirent dans la nécessité d'être explorée par le cathétérisme. On ne put y parvenir qu'au moyen du chloroforme. L'existence d'un calcul fut immédiatement reconnue, et la résolution prise de débarrasser l'enfant par le broiement. Le calcul présentait 70 millimètres de dimension sur 30. Sa friabilité était très-grande; il était composé de phosphate calcaire.

Dix séances à trois ou quatre jours d'intervalle furent consacrées à l'opération. Chaque fois l'intervention du chloroforme fut nécessaire. A la dixième séance, un gros fragment qui s'était arrêté au méat urinaire put être retiré en entier; il présentait un sillon noir très-prononcé. Cette circonstance appela l'attention du chirurgien. L'examen de fragments sortis antérieurement lui donna la certitude que ce calcul

avait pour noyau un corps étranger. Alors seulement, et vaincue par l'évidence, l'enfant avoua qu'une autre jeune fille lui avait introduit, en manière de jeu, une épingle double à cheveux. Elle en montra les dimensions.

Après dix séances fructueuses, l'épingle, dépouillée en grande partie de la matière calcaire, restait dans la vessie. Dix mois s'étaient écoulés depuis l'introduction du corps étranger, quatre depuis l'apparition des accidents intenses. Il restait à M. Drouineau à achever la partie la plus délicate de son entreprise; je veux dire l'extraction de l'épingle. Après s'être procuré l'instrument ingénieux de M. Le Roy, d'Etiolles, dont les dimensions se trouvaient trop considérables pour l'urètre de l'enfant, M. Drouineau se servit d'un instrument imaginé *ad hoc* par M. Mathieu. Une première tentative amena la moitié d'une des branches de l'épingle, qui se rompit. L'instrument fut mis hors de service dans une deuxième épreuve, et l'épingle saisie était retombée dans la vessie. Pressé de terminer cette opération et de débarrasser entièrement l'enfant, M. Drouineau se servit alors d'un brise-pierre à cuillers peu profondes et presque lisses; il eut le bonheur de saisir sans beaucoup de difficultés l'épingle par sa partie recourbée et de l'extraire. Quelques jours après, il put s'assurer que la vessie était complétement débarrassée.

Cette observation ne manque pas d'intérêt. Ce n'est pas cependant que les faits d'épingles introduites dans la vessie de filles de tous les âges, et ayant servi de noyau à des incrustations calcaires, soient très-rares : la science en abonde. On peut même dire qu'ils se ressemblent tous ou à peu près. La matière des épingles, selon les pays, la forme que leur a donnée la mode constituent presque seules les nuances de ces faits nombreux. Il n'est pas jusqu'aux opérations proposées ou mises en usage pour débarrasser les malades qui n'aient entre elles les plus grandes analogies; on va même jusqu'à retrouver le broiement de ces concrétions calcaires, opéré dans la vessie à l'aide de tenettes de volume varié, et suivi de l'extraction de l'épingle.

Ce qui différencie surtout l'observation de M. Drouineau de la plupart de celles déjà connues, c'est l'âge peu avancé de la jeune fille, l'étroitesse grande de l'urètre eu égard surtout au volume considérable de la pierre. C'est l'emploi constant et gradué, dans sa force chaque fois, du chloroforme pendant dix séances consécutives. Ce n'est pas que je pense que le chloroforme soit d'une grande utilité dans la lithotritie en général. Je crois, au contraire, qu'il priverait des renseignements que peut donner un malade attentif sur les mouvements de

l'instrument dans la vessie ; je pense que l'absence de ces renseignements et de ceux que peut fournir la sensibilité de la vessie expose davantage le chirurgien à des manœuvres intempestives et à pincer la vessie. Mais dans le cas actuel quels renseignements attendre d'une enfant dont on ne peut ni faire cesser les cris ni contenir les mouvements désordonnés?

Dans ces conditions, le chloroforme est un puissant sinon indispensable auxiliaire. En appliquant la lithotritie à ce cas, M. Drouineau a prouvé une fois de plus que, sans cesser de rendre aux inventeurs et aux promoteurs de la lithotritie la part de gloire et d'honneur qui leur revient dans cette conquête de la chirurgie moderne, cette opération est à son tour, comme la taille à une autre époque, tombée dans le domaine commun ; qu'elle doit être, comme elle l'est de fait, pour tous les chirurgiens, une opération régulière, usuelle et de tous les jours.

Je regrette, à côté de l'éloge mérité, d'être obligé de faire une remarque critique ; elle est rendue nécessaire par le passage suivant du mémoire de M. Drouineau :

« Cependant, si j'avais connu la nature du corps étranger qui a servi » de noyau à cette pierre, je n'aurais pas tenté la lithotritie, j'aurais » préféré la taille sus-pubienne ; aujourd'hui, je me félicite de l'avoir » ignorée, etc. »

Il me semble que l'auteur du mémoire, s'il eût agi ainsi, aurait fait trop bon marché de son habileté personnelle; qu'il aurait par trop oublié les services rendus par la lithotritie dans les cas analogues et les instruments spéciaux dont il a pu se passer, mais qui ne diminuent pas moins les difficultés. En dehors de la lithotritie, je ne vois pas d'ailleurs suffisamment les motifs de la prédilection pour la taille sus-pubienne, opération difficile, incertaine, dangereuse, et qui a été mortelle précisément dans des cas de ce genre, quand, en regard, on peut voir que, par des opérations plus imparfaites que la lithotritie, on est parvenu à débarrasser des malades et à les sauver.

La deuxième observation a pour objet un vieillard de soixante-quinze ans, chez lequel M. Drouineau retira un fragment de sonde élastique de mauvaise qualité qui s'était brisée en plusieurs morceaux, et dont un des fragments était tombé dans la vessie. Le chirurgien se servit du brise-pierre à coulisse courbe et à cuillers peu profondes dont il s'était servi avec succès dans le cas précédent. L'extraction du corps étranger fut faite avec facilité, et le malade n'éprouva aucun accident.

La troisième observation, intitulée *Hydro-néphrose avec pyélite calculeuse*, est intéressante pas sa rareté et remarquable par la précision

et la justesse du diagnostic porté. Elle diffère essentiellement des deux précédentes; elle met en relief les inductions de l'homme de science, mais elle démontre en même temps, pour les cas analogues, l'impuissance, j'ai presque dit l'inutilité de l'art.

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, qui n'a jamais rendu de graviers, mais qui depuis quelques jours seulement est travaillé de douleurs lombaires. Il s'aperçoit qu'il n'a pas uriné depuis trente-six heures, et fait demander son chirurgien. Le malade était calme, sans fièvre, sans douleur de l'abdomen. Il n'y avait ni tumeur ni matité à l'hypogastre. M. Drouineau pensa que la vessie contenait peu d'urine; l'introduction de la sonde n'en fit pas sortir une goutte. La vessie reçut une injection et la rendit avec jet. L'absence d'urine dans la vessie fit penser que le siége du mal était dans les reins; le développement subit, la persistance des symptômes pendant plusieurs jours, malgré un traitement énergique, firent penser qu'ils étaient dus à un gravier engagé dans l'uretère, et qu'il ne devait exister chez ce malade qu'un seul rein. Bientôt une tumeur se développe dans le flanc droit, la fièvre urineuse se manifeste, et le malade succombe le quinzième jour de l'invasion de la maladie.

L'autopsie fit voir la vessie complétement vide; l'uretère droit du volume ordinaire; deux graviers arrêtés dans son intérieur, à 3 centimètres de son extrémité supérieure, en bouchaient exactement l'ouverture.

Toute la région lombaire droite était occupée par une énorme tumeur fortement distendue par 250 grammes d'une urine épaisse, blanchâtre, fétide. Du sable rouge et de petits graviers remplissaient en partie les calices. La substance du rein était saine.

Dans la région lombaire gauche, pas de rein. L'uretère existait seulement à l'état rudimentaire et sous la forme d'un petit filet dur, arrondi.

La vessie ne contenait pas d'urine. L'orifice de l'uretère droit, de dimension ordinaire, laissa pénétrer un stylet. Une dépression ovalaire marquait la place de l'uretère gauche. Le stylet ne put pénétrer, malgré des tentatives réitérées.

Cette curieuse observation est d'autant plus intéressante que l'autopsie a pu être faite. Elle laisse cependant quelque chose à désirer. L'existence d'un seul rein diagnostiquée pendant la vie est une déduction heureuse mais très-hardie des symptômes observés. Serait-elle logique dans tous les cas? L'existence d'un rein unique et la présence de la tumeur dans une des régions normales indiquent plutôt l'atrophie d'un des deux organes sécréteurs que l'absence congéniale. Il a peut-

être manqué à M. Drouineau des renseignements sur une maladie antérieure qui aurait détruit le rein gauche et n'aurait laissé que des vestiges de l'uretère.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'un homme robuste, d'une cinquantaine d'années, atteint depuis longtemps d'affection calculeuse, et qui rendait en abondance des fragments de calcul. Cette circonstance fut la cause qui empêcha le malade de se soumettre à une opération chirurgicale. Un pharmacien de ses amis le traitait par le bicarbonate de soude à dose assez élevée. Un fragment s'étant arrêté dans l'urètre, il en résulta une rétention grave d'urine, pour laquelle M. Drouineau fut appelé à pratiquer la boutonnière. La vessie était pleine de calculs, la fièvre urineuse continue, et le malade succomba vingt-quatre heures après l'opération.

Les deux circonstances qui ont le plus frappé M. Drouineau sont les effets toxiques de la résorption de l'urine et la fragmentation des calculs. A cette occasion, il se demande si cette fragmentation est due à l'action du bicarbonate de soude, ou si elle dépend d'une exfoliation des graviers.

M. Drouineau n'a été appelé qu'accidentellement auprès de ce malade; il n'a pu l'observer que pendant quelques heures, dans la période terminale de la maladie et de la vie. L'autopsie cadavérique n'a point été faite. Dans ces conditions, l'observation devait manquer et manque de plusieurs détails qui seraient indispensables pour résoudre les questions posées: la composition chimique habituelle des urines, par exemple, la nature des calculs. Sans contester l'influence du bicarbonate de soude sur certains calculs, il paraît plus probable qu'il s'agissait ici d'un de ces cas dans lesquels les urines étant devenues alcalines dans la vessie, les calculs qu'elle contenait ont été, par cette action de l'urine, pris de la fragmentation spontanée.

Le travail de M. Drouineau contient des faits curieux, dont plusieurs sont fort rares; ils démontrent que ce chirurgien joint à une instruction solide une habileté de praticien remarquable. M. Drouineau est chirurgien adjoint des hospices civils de la Rochelle et médecin adjoint de l'asile des aliénés de Lafont. Votre commission a l'honneur de vous proposer:

1° La publication de son travail dans vos Bulletins;

2° L'admission de cet honorable confrère comme membre correspondant de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil expose les résultats de la dissection à laquelle il s'cst livré sur les deux moignons qui avaient été présentés dans une séancc précédente par M. Huguier.

Les deux pièces seront déposées au musée Dupuytren, et les observations seront publiées dans le *Bulletin*.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour discuter une proposition relative au règlement.

Une commission composée de MM. Larrey, Giraldès, Morel-Lavallée, Broca et Gosselin devra examiner la proposition et faire un rapport à la Société.

Le secrétaire, E. Laborie.

Séance du 30 *janvier* 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mordret (du Mans) écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse une série de mémoires imprimés. Ces divers mémoires sont renvoyés à la commission chargée du rapport.

— La Société reçoit en outre les ouvrages suivants :

Etude sur les eaux minérales de Nauheim, par M. Rotureau.

Du traitement de la grenouillette par la méthode des injections, par M. Richard.

De la kératite et de ses suites, par M. Castorani.

De la pathologie et de la thérapeutique dans quelques paralysies, par M. le docteur Ross.

Sur la désarticulation de la mâchoire inférieure.

Considérations sur la pupille artificielle, par M. le docteur Aug. Rothmund.

— M. LARREY fait hommage à la Société d'une partie de la collection de la *Revue médico-chirurgicale*, publiée sous la direction de M. Malgaigne.

— M. MARJOLIN fait hommage à la Société de plusieurs monographies chirurgicales françaises et étrangères.

M. LE PRÉSIDENT remercie au nom de la Société.

LECTURE.

M. DESORMEAUX lit un mémoire de M. le docteur Rambert, médecin des hospices de Châteaudun. (Ce travail, intitulé *Mémoire sur la pelvimétrie, et moyen simple de la pratiquer,* est renvoyé à une commission composée de MM. Desormeaux, Laborie et Cazeaux.)

COMMUNICATION.

Considérations sur le séton. — M. BOUVIER fait la communication suivante :

Messieurs, la Société de chirurgie et plus récemment l'Académie de médecine ont examiné et discuté longuement la question relative à l'emploi du séton; aussi n'ai-je pas l'intention de vous soumettre de nouvelles observations sur ce point de pratique. La communication que j'ai l'honneur de vous faire est relative à un point qui m'a paru neuf et tout à fait digne d'intérêt.

En lisant dans tous les traités de chirurgie ce qui est relatif au manuel opératoire pour l'application du séton à la nuque, on voit que les auteurs se bornent à dire que, le pli étant fait à la peau, on passe à la base de ce pli, et sous la peau, un bistouri ou une aiguille, qui doivent ouvrir un passage à la mèche ou l'entraîner à leur suite pour la *glisser sous la peau.*

C'est là précisément ce qui m'a paru une erreur. Je pense, en effet, que dans les trois quarts des cas la mèche n'est pas sous la peau, mais bien sous une couche plus ou moins épaisse de muscles.

Un seul auteur paraît avoir eu connaissance de cette particularité. On lit en effet dans Duret, lorsqu'il donne la description du séton à la nuque, que la mèche est passée sous les muscles.

Marc-Aurèle Séverin blâme fort cette indication, qu'il attribue à une erreur de rédaction, et n'admet pas que la mèche dépasse la région sous-cutanée.

Permettez-moi de vous rappeler l'histoire d'un malade qui mourut de tétanos à la suite d'une application de séton à la nuque. Blandin, qui fit l'autopsie, vit que la mèche avait été glissée dans l'épaisseur des

muscles, et, suivant ce chirurgien, les accidents avaient dû être causés par ce seul fait.

Je partage sur ce point l'opinion de Blandin. Mais je pense, en outre, qu'il en est presque toujours de même quant à la lésion des muscles.

Pour justifier mon appréciation, je me suis livré à plusieurs expériences sur des cadavres. Sur trois adultes, j'ai deux fois entamé le trapèze et le splénius; une seule fois la mèche est restée sous-cutanée, et le cadavre présentait un état général d'infiltration.

La même expérience, répétée sur des cadavres d'enfants, m'a constamment offert la lésion des muscles.

M. Guersant, qui a bien voulu opérer devant moi, a de même passé la mèche sous le trapèze.

MM. Ludovic et Dumay ont assisté aux premières expériences.

Les conséquences du fait que je signale me paraissent tout à fait importantes.

L'application du séton présente en effet, quant à ses suites, des variétés nombreuses. Ainsi quelquefois cette opération ne détermine aucune douleur; quelquefois, au contraire, les malades ont de la fièvre, des spasmes qui peuvent aller jusqu'au tétanos, des douleurs d'une excessive vivacité, et enfin des phlegmons graves.

Il m'a semblé que ces accidents se développaient dans une proportion relative au degré de profondeur et à la largeur du séton.

Ainsi un séton peu large, de 3 centimètres sur les enfants, de 3 à 4 centimètres sur les adultes, par exemple, reste sous-cutané, et alors pas d'accidents, pas de fièvre ni de douleur.

Si, au contraire, le séton passe sous une plus large surface de peau, constamment on entame les couches profondes, et dès lors on comprend qu'une mèche conduite à travers les fibres musculaires les irrite, peut donner lieu à des contractions incessantes, peut en outre léser des filets nerveux assez considérables. Ajoutons que pour beaucoup d'auteurs la lésion des fibres aponévrotiques présente une certaine gravité.

Le précepte pratique qui découle de ces faits est que le chirurgien qui aura appliqué un large séton devra surveiller son malade avec la plus grande attention. Si dans cette même région on applique le séton verticalement, ce qui ne se fait presque jamais, on n'entame que quelques fibres du ligament cervical, et on ne peut blesser les fibres musculaires, puisqu'elles manquent sur la ligne médiane.

En résumé, le séton large présentant de la gravité, ne vaudrait-il pas mieux l'appliquer moins large? et si on craignait de développer

trop d'irritation en réservant les sétons plus larges pour les cas dans lesquels on a besoin d'une forte révulsion, on pourrait encore, si on tenait à l'appliquer large, l'introduire sans faire de pli à la peau, en suivant la pratique usitée dans la ténotomie.

Il est encore un fait pratique que je dois signaler.

Les mèches de volume semblable produisent des effets bien différents si elles sont situées plus ou moins profondément. Ainsi, pour produire une irritation vive, il suffit d'employer une mèche même très-fine, à la condition de la faire passer sous les muscles. Il est inutile d'ajouter que la nature de la mèche peut aussi rendre cette irritation bien plus vive.

M. Cloquet. Les faits signalés par M. Bouvier me semblent intéressants; ils paraissent en effet prouver que les muscles peuvent être lésés dans l'introduction du séton à la nuque faite suivant les règles habituelles, et je suis porté à croire, comme notre collègue, que les sétons sous-musculaires sont ceux qui déterminent de si vives douleurs et des accidents quelquefois fort graves. On sait, en effet, combien des mèches, même très-ténues, placées dans des trajets fistuleux sont douloureusement supportées lorsqu'elles traversent des masses musculaires. J'ai vu un fait qui semble du même ordre que celui de Blandin. Un malade placé dans un service de médecine pour y être traité d'une affection des poumons fut pris d'accidents nerveux graves et de tétanos à la suite d'une application de séton sur la paroi de la poitrine; la mort survint, et à l'autopsie on reconnut qu'une partie du grand pectoral avait été traversée par la mèche du séton.

Mais je ne partage pas l'opinion de M. Bouvier sur la fréquence de la lésion musculaire dans l'application du séton à la nuque; et en s'entourant des précautions convenables, précautions qui devront être encore plus grandes, je suis convaincu que les muscles, dans la grande majorité des cas, devront être respectés. En outre, ajoutons que les expériences de M. Bouvier, étant faites seulement sur le cadavre, ne sauraient donner une idée bien exacte de ce qui doit arriver sur le vivant. La contractilité musculaire doit rendre la lésion bien moins probable dans ces derniers cas.

M. Bouvier a soulevé une question intéressante de pratique, il faudra en tirer parti. Ainsi le chirurgien, en appliquant un séton, veut souvent déterminer une révulsion par la douleur; on pourrait alors produire l'effet voulu par l'introduction d'une mèche très-fine passée sous les muscles.

M. Guersant. Avant d'avoir suivi les expériences de M. Bouvier et

avant de les avoir répétées, j'avais dès longtemps reconnu que les sétons produisaient sur les malades des effets très-variables quant aux complications. Ainsi à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, qui en faisait un grand usage, j'avais vu quelquefois cette petite opération être suivie de très-violentes douleurs.

A l'hôpital des Enfants j'avais fait les mêmes remarques, et surtout à la suite de larges sétons ; aussi avais-je renoncé à ce genre d'exutoire pour le remplacer par des applications de caustique de Vienne, qui en résumé sont bien moins douloureuses, produisent de très-bons effets révulsifs, et ne laissent que des cicatrices unies, blanches et très-peu apparentes, lorsque l'on a le soin de bien réprimer les bourgeons charnus qui se développent sur les plaies.

J'avoue que les faits signalés par M. Bouvier ont encore augmenté ma répulsion pour le séton.

M. Verneuil. Le côté anatomique doit d'abord fixer l'attention. Tout le monde connaît les difficultés que l'on rencontre dans la dissection du trapèze, très-adhérent au tissu cellulo-fibreux sous-cutané ; cette particularité rend très-admissible l'opinion émise par M. Bouvier sur la lésion habituelle de ce muscle. Mais il faut ajouter que cette lésion ne peut porter que sur des parties insignifiantes ; car vers la région médiane les fibres du trapèze sont très-minces et tout à fait aponévrotiques, et M. Bouvier sait mieux que personne combien sont peu graves les blessures faites sous la peau aux parties aponévrotiques et tendineuses. Les accidents signalés, et surtout la douleur, s'expliquent bien mieux en les attribuant à la lésion des nerfs assez volumineux qui émanent des branches postérieures et qui traversent le trapèze pour se rendre à la peau. Le bistouri doit souvent les rencontrer et les blesser ; si l'instrument passe entre eux sans les léser, alors l'opération n'est peut-être suivie d'aucune douleur.

M. Marjolin. Depuis la communication de M. Bouvier, j'ai bien souvent appliqué des sétons en me servant, suivant son procédé, d'une aiguille bien tranchante entraînant un fil très-fin. Je suis convaincu que dans la plupart des cas suivis d'accidents, la cause en doit être attribuée à la petitesse des ouvertures, qui sont insuffisantes pour les mèches assez volumineuses que l'on emploie d'ordinaire. J'ai vu dans un cas un phlegmon survenir à la suite de l'application d'un séton faite suivant les règles habituelles ; aussi ai-je tout à fait renoncé à ce genre de séton pour m'en tenir à la mèche filiforme, qui s'applique vite et bien sans déterminer d'accidents consécutifs.

Je dois dire cependant que, même avec cette forme de mèche, la

douleur est variable, nulle quelquefois; elle est, dans d'autres cas, assez vive.

J'ai l'habitude, pour conjurer les accidents, de faire le pansement avec des compresses imbibées d'eau froide.

Le caustique de Vienne est aussi d'une excellente application; mais je ne pense pas, comme M. Guersant, qu'il puisse, dans tous les cas, remplacer le séton, qui se met avec beaucoup plus de facilité et qui peut être plus souvent renouvelé.

M. Chassaignac. Sans avoir mis de séton à la nuque comme moyen révulsif, je dois dire que j'ai fait un grand usage de cet exutoire comme moyen évacuatif. J'ai dans mon service actuellement plus de quarante sétons. Sur plusieurs malades, le trajet se fait à travers des masses musculaires considérables, et je n'ai jamais eu d'accidents. Cela tient bien certainement à la nature du corps étranger que j'emploie; ce sont des sondes molles et trouées en caoutchouc vulcanisé. J'ai suivi dans cette pratique la voie tracée par M. Cloquet; seulement notre collègue se servait de sondes dures. On sait qu'il en avait surtout préconisé l'emploi dans les abcès mammaires profonds.

M. Cloquet. On sait combien les corps étrangers produisent des effets différents suivant leur nature.

Ainsi, les corps métalliques sont parfaitement supportés. Une aiguille, par exemple, introduite dans les voies digestives, traverse les tissus les plus délicats sans déterminer d'accidents, tandis qu'une arête de poisson provoque presque constamment une inflammation suppurative si elle se fixe sur un point de l'économie. Le verre jouit de la même innocuité. J'en ai extrait un morceau fixé depuis quatre à cinq mois dans le poignet; il n'avait, par sa présence, déterminé aucune espèce d'inflammation.

M. Bouvier. M. Larrey s'élève contre la généralisation que mes expériences m'ont fait établir quant à la lésion des muscles. Je maintiens cette manière de voir jusqu'à preuve du contraire. M. Cloquet pense, de son côté, qu'avec de l'attention on doit éviter les muscles. Je n'accepte pas sans preuve cette appréciation de notre savant collègue, et les observations anatomiques de M. Verneuil donnent encore plus de poids à mon opinion. Aussi je persiste à penser que chez les enfants tout séton de plus de 4 centimètres de largeur, et chez les adultes, tout séton de plus de 5 centimètres doit intéresser le trapèze. M. Guersant a dit que cette lésion musculaire, presque inévitable, doit faire abandonner ce mode d'exutoire. Mais je dirai, pour répondre à notre collègue, que le séton, même sous-musculaire, peut

offrir de véritables avantages, et que dans tous les cas où je l'ai employé je n'ai point observé d'accidents graves; seulement on devra surveiller attentivement les malades sur lesquels on l'appliquera.

La matière qui devra être mise en usage pour remplacer la mèche ordinaire devra surtout être choisie avec discernement; elle a, en effet, comme l'a fait observer M. Chassaignac, une très-grande importance par la variété des effets produits suivant la nature de sa composition et de sa forme. Les métaux, comme le dit M. Cloquet, sont admirablement bien supportés. Rien n'est plus commode et plus facile à supporter qu'un séton métallique fin et flexible, seulement il donne peu de suppuration.

M. Larrey revient à l'objection déjà présentée de la différence du séton appliqué sur le vivant ou sur le cadavre. Il rappelle en outre que depuis bien des années il avait eu recours aux sondes laissées à demeure dans la plaie.

Amputation du pied. — Dissection d'un pied qui a subi autrefois l'amputation de Chopart. — Dissection de l'autre pied du même sujet atteint de carie du tarse, et sur lequel la résection du premier métatarsien a été pratiquée.

M. Verneuil. La Société de chirurgie ayant mis au concours la question des suites éloignées des amputations des membres inférieurs, il est utile de fournir des documents sérieux sur cette question importante. Déjà, à plusieurs reprises, elle a discuté le point si controversé des amputations partielles du pied, sur lesquelles le dernier mot est loin d'être dit. Il ne s'agit rien moins que de savoir si certaines opérations brillantes et classiques, comme l'amputation de Chopart, par exemple, présentent des chances de succès définitif assez nombreuses pour être conservées dans la pratique. Ces opérations doivent-elles être supprimées complétement ou remplacées par d'autres, ou appliquées seulement dans des cas donnés et bien définis d'avance? Tels sont les problèmes qui sont à l'ordre du jour, et qu'en l'absence de sentiment unanime on ne peut résoudre qu'avec des faits complets, bien observés et suffisamment nombreux.

M. Huguier a vu succomber dans son service, dans les derniers jours de l'année 1855, un malade dont les deux pieds, affectés de lésions organiques, avaient subi des mutilations chirurgicales. Il a présenté les moignons à la Société de chirurgie. M. Verneuil s'est chargé de la dissection, et a de nouveau présenté les pièces dans la séance du 23 janvier.

M. Huguier avait également donné une note sur les antécédents ; mais l'observation ayant été prise déjà deux fois et publiée dans deux thèses, c'est à ces sources qu'il faut puiser les détails plus circonstanciés qui vont suivre (1), et dont M. Verneuil garantit l'exactitude.

Isidore Tircot, 43 ans, fumiste, a subi en 1851 l'amputation de Chopart pour une carie de l'avant-pied gauche. L'opération a été pratiquée par M. Lenoir. La cicatrisation mit deux mois à s'effectuer. Le malade sortit alors de l'hôpital, marchant bien, sans béquilles, et n'ayant, dit-il, à cette époque, aucun commencement de renversement. L'intelligence très-bornée du malade, et la difficulté de constater le premier degré de ce renversement, permet d'élever quelques doutes sur cette assertion (2).

Le malade reprit ses occupations. On lui fit une bottine qu'il ne put supporter; il s'en fabriqua une lui-même, et put à son aise parcourir les environs de Paris sans éprouver de douleurs notables ni une grande gêne dans la marche. Dix-huit mois après l'amputation, M. Lenoir, M. Larrey et un médecin de Saint-Cloud enlevèrent à plusieurs reprises des portions d'os nécrosés, ce qui indique que les os s'étaient enflammés et que des abcès fistuleux s'étaient formés. Depuis lors le malade a marché péniblement, avec une béquille et un bâton. C'est, d'après lui, vers le milieu de 1853 que le talon s'est renversé, ce qui peut-être veut dire que c'est seulement à cette époque que les douleurs se sont manifestées.

Vers la même époque, les os du pied droit se sont pris ; il y a eu carie du premier et du cinquième métatarsien. Le premier a été amputé ; on a extrait un séquestre du cinquième, mais le malade ne peut préciser l'époque de ces opérations. Au reste, le tarse s'est pris à son tour, et il portait des fistules sur le dos du pied quand il entra dans le service de M. Laugier, au printemps de 1855. Au reste, l'état de ce membre préoccupait peu le malade, car il n'était point douloureux, si ce n'est

---

(1) Laujorrois. *Du renversement du talon considéré comme suite de l'amputation médio-tarsienne.* Thèse de Paris, 1855, nº 55, page 11. — Gaubert. *Des suites de l'amputation de Chopart.* Thèse de Paris, 1855, nº 106, page 35.

(2) Le donte exprimé ici pourrait paraître singulier; mais il est justifié par une remarque intéressante de M. Nélaton. Ce chirurgien a observé, en effet, qn'au moment même où on pratique l'amputation de Cbopart, le talon est déjà nn pen élevé, parce qne dans les tumeurs blanches dn pied cet organe est natnrellement porté dans une extension forcée et permanente, attitude aussi constante pour cette région que la flexion pour le genou, par exemple.

dans les moments où de nouveaux séquestres s'isolaient et s'engageaient dans les trajets fistuleux (1).

Pour en finir avec le pied droit, disons que l'altération des os du tarse a continué ses progrès, et qu'une vaste suppuration avec carie des os, séquestres et arthrite tibio-tarsienne existaient lors de l'entrée du sujet dans le service de M. Huguier, le 28 juillet 1855.

Voici dans quel état M. Laujorrois a vu le moignon de Chopart en avril 1855 : le talon est complétement renversé. Si l'on mène un plan vertical parallèle à l'axe de la jambe et passant par les malléoles, ce plan coupe le tarse en deux parties très-inégales : la portion postérieure a 8 centimètres et demi, la portion antérieure 2 centimètres et demi. La base de sustentation, ou, en d'autres termes, la face inférieure du moignon qui repose sur le sol est légèrement oblique en avant et en dedans; elle a 3 centimètres sur 5 dans ses diamètres. L'épiderme qui recouvre cette surface est épaissi, rugueux, mais la peau est tendue, amincie, adhérente à deux points osseux qui sont devenus très-superficiels et qu'on sent très-aisément par le toucher. L'un de ces points, en arrière et en dehors, est constitué par la tubérosité antérieure et externe du calcanéum; l'autre, par la partie antérieure de ce qui reste de l'astragale. Entre ces deux points d'appui se trouve la cicatrice de l'opération; elle est enfoncée, et présente un orifice fistuleux. En dedans, derrière la malléole interne, se voit une autre cicatrice qui a succédé à l'ouverture d'un abcès. Ajoutons que la pression sur la terminaison de ce moignon, et même au voisinage, est tout à fait indolente.

Les malléoles sont excessivement rapprochées du sol ; l'externe, par exemple, ne s'en éloigne que d'un centimètre et demi, la distance étant de 7 centimètres environ sur le pied droit. Cet abaissement, porté beaucoup plus loin que ne le signalent les auteurs dans les cas de renversement, s'explique par la perte de substance que les os ont subie à la suite de l'extraction de séquestres à diverses reprises. L'autre pied, du reste, étant gonflé, n'a pu servir de point de comparaison pour juger de l'affaissement de la voûte plantaire.

Le tendon d'Achille, immédiatement au-dessus de son insertion cal-

---

(1) Si l'on comparait ces détails avec ceux qui sont consignés dans la thèse de M. Laujorrois, on pourrait s'étonner de trouver quelques différences. M. Verneuil ayant lui-même observé le malade, s'est servi, pour la rédaction de l'observation présente, de ses notes et de celles qui lui ont été remises par M. Huguier. Le fait devient ainsi plus complet.

canéenne, se recourbe brusquement en arc de cercle à concavité postérieure ; il est facile de s'assurer qu'il n'est pas tendu. On le déprime aisément, et on lui communique sans effort des mouvements de latéralité qui ne laissent point de doute à cet égard.

Les muscles de la jambe sont manifestement atrophiés. Si on place les deux membres l'un à côté de l'autre, la simple inspection fait voir une légère différence. La mensuration donne au niveau du mollet, à droite 25 centimètres, à gauche 23. Cette différence, quoique peu prononcée, est néanmoins significative ; elle indique que depuis longtemps les muscles de la région postérieure de la jambe ont perdu la fréquence et l'énergie de leurs contractions. La différence serait sans doute plus marquée si le membre du côté opposé était complétement sain.

Les tendons des muscles antérieurs de la jambe paraissent s'insérer à la cicatrice qui est immobile ; on les sent rigides dans les mouvements de flexion du pied. Au reste, la mobilité du tarse est très-bornée ; le pied, étant dans l'extension forcée, ne peut être fléchi que par les extenseurs des orteils et le jambier antérieur.

Ici s'arrête la narration de M. Laujorrois. Le malade ayant quitté le service de M. Laugier, entre chez M. Huguier. L'affection tuberculeuse dont il était atteint continua ses progrès, et l'emporta dans les derniers jours de décembre. L'affection organique du pied droit s'était aggravée, et quelques changements s'étaient opérés dans le moignon de Chopart. L'élévation du calcanéum s'était encore exagérée. La peau qui recouvrait le sommet du moignon s'était progressivement amincie, puis ulcérée dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. L'astragale était à nu au fond de l'ulcération ; la surface osseuse était nécrosée dans une petite étendue, recouverte de bourgeons charnus ; dans le reste du point ulcéré, on ne reconnaissait plus la situation de la cicatrice : c'est la marche qui, d'après M. Huguier, a déterminé la perforation de la peau. Le repos, les pansements diminuèrent d'abord cette ulcération, qui était en voie de cicatrisation quand le malade succomba.

Les deux pieds furent remis à M. Verneuil ; par malheur on avait commencé la dissection, mais incomplétement, et en sacrifiant diverses parties, telles que la peau et les nerfs cutanés, dont il eût été important de constater l'état.

Qu'il soit permis de résumer tout d'abord l'histoire clinique de cette maladie, comme offrant un spécimen trop commun de la marche que suivent les affections du système osseux développées sous l'influence générale d'une diathèse funeste. Le malade est d'une constitu-

tion médiocre ; cependant le développement de la tuberculisation a été assez tardif. Les os du pied gauche s'altèrent, on ampute ; la cicatrisation est lente, mais enfin la guérison paraît s'effectuer. L'opéré marche, prématurément sans aucun doute ; l'inflammation mal éteinte du moignon continue ses progrès sous l'influence de la marche, les douleurs se réveillent, le talon s'élève, le lambeau s'amincit et se résorbe ; les os de l'autre pied se prennent, comme cela arrive fréquemment ; l'affection générale continue ses progrès ; puis on observe une série d'améliorations et d'aggravements, suivant que des fragments osseux se nécrosent et s'éliminent ; le malade court d'un chirurgien à l'autre, de service en service, et finit par succomber : quatre ans se sont écoulés pendant que la maladie a suivi ses phases. Ceci rend bien compte de la difficulté qu'éprouve le chirurgien à connaître les suites de ses opérations. En effet, M. Lenoir aurait pu, à une certaine époque, enregistrer ce fait parmi les succès, si le hasard n'avait permis de réunir dans une seule observation les anneaux isolés de cette chaîne morbide ; d'un autre côté, les opérés allant rarement mourir dans le service où leur premier accident s'est développé, on rencontre souvent des suites d'opérations qui éclairent peu la question, parce que les antécédents sont peu connus et qu'on ne possède pas la filiation des phénomènes.

Ceci nous explique comment les suites de l'amputation de Chopart ont été si diversement appréciées par les auteurs qui ont observé isolément ; et montre encore les immenses avantages des associations scientifiques, où l'observation de tous vient combler les lacunes que ne pourraient jamais remplir les efforts disséminés les plus actifs. Plus on s'engagera dans cette voie rétrospective, plus on se convaincra qu'il faut compter non pas les jours et les semaines, mais les mois ou les années, avant de savoir si telle ou telle opération a été couronnée d'un succès définitif.

Ces réflexions, banales pour ceux qui les ont déjà faites, doivent cependant être reproduites souvent, jusqu'au moment où elles pèseront lourdement dans la balance des indications opératoires.

Dissection du moignon de Chopart. — La peau ayant été enlevée presque entièrement, on constate seulement un amincissement considérable du lambeau plantaire au niveau du calcanéum, et plus encore sous l'astragale. Le tégument est, sous ce dernier os, perforé, ulcéré ; dans les points voisins, il a à peine conservé deux millimètres d'épaisseur, et n'a que des adhérences faibles avec le tissu osseux lui-même.

La rangée postérieure du tarse a, comme l'avait constaté M. Lau-

jorrois, complétement changé de position ; le talon est très élevé. Le calcanéum est devenu presque parallèle au tibia, derrière lequel il est entièrement placé ; l'axe de cet os a une telle direction, qu'il fait avec l'axe de la jambe un angle aigu ouvert en haut, et qui mesure à peine 25°.

L'extrémité postérieure regarde presque directement en haut et l'extrémité cuboïdienne repose directement sur le sol. La face inférieure de l'os a subi une déviation correspondante. La face supérieure, ordinairement horizontale, est par sa partie antérieure en contact avec le rebord postérieur de la poulie articulaire du tibia, et le contact entre ces points osseux est si intime qu'ils s'articulent ensemble par deux facettes de nouvelle formation, qui ne mesurent pas moins de 2 centimètres transversalement sur plus de 1 centimètre dans le sens antéropostérieur. Cette articulation nouvelle est entourée, en arrière, par une sorte de capsule fibreuse adventice ; ceci nous prouve que la déviation du calcanéum est poussée aussi loin que possible et qu'elle n'a pas d'autres limites que la rencontre des os eux-mêmes.

La portion de la face supérieure du calcanéum et la portion de la face postérieure du tibia, qui font suite à cette articulation anormale, sont très-rapprochées ; elles laissent néanmoins entre elles un écartement, un angle, un sinus ouvert en haut, mais qui est en grande partie rempli par un tissu fibreux à fibres diffuses, ténu, cassant, analogue à celui qu'on rencontre au pourtour des articulations chroniquement enflammées ; ce tissu, vestige irrécusable d'un dépôt plastique antérieur, se continue avec le périoste, les gaînes tendineuses voisines et les ligaments postérieurs de l'articulation tibio-tarsienne ; il maintient le rapprochement anormal du calcanéum et du tibia, c'est-à-dire l'élévation du talon.

L'astragale a éprouvé aussi un déplacement notable ; sa face articulaire supérieure ne touche plus la surface diarthrodiale correspondante du tibia que dans une très-petite étendue, tout à fait en arrière ; en avant, les deux os ne sont plus au contact ; l'articulation tibio-astragalienne est largement béante en avant. La lacune causée par cette séparation est comblée par des faisceaux de tissu fibreux de nouvelle formation, verticalement tendus d'un os à l'autre, et qui comblent la presque totalité de la cavité articulaire.

La plus grande partie des ligaments de la jointure tibio-tarsienne a disparu ; on ne retrouve plus que quelques fibres résistantes, étendues des malléoles au calcanéum ; elles sont dirigées horizontalement d'avant en arrière, entraînées qu'elles ont été par la déviation de cet os.

Il y a eu sans doute, à une époque quelconque, dans cette articulation, un certain degré d'arthrite qui a amené la formation de produits plastiques et la variété d'ankylose fibreuse intra-articulaire. L'articulation péronéo-tibiale inférieure a participé au travail inflammatoire; ses ligaments sont relâchés et peu résistants. Le tibia a conservé aussi des traces de la phlegmasie; il a augmenté de volume à sa partie inférieure par le dépôt de couches périostiques nouvelles.

On est tout d'abord frappé en voyant cette pièce de la diminution de longueur du calcanéum et de volume de l'astragale. Ce dernier os, en effet, et M. Laujorrois l'avait entrevu déjà, ne dépasse pas le plan prolongé de la face antérieure du tibia. Mais, de plus, il est réduit à des proportions très-restreintes; on n'y trouve plus ni la tête ni le col, et son épaisseur verticale, qui possède environ 3 centimètres, n'en mesure plus qu'un et demi au plus. Le calcanéum, pour sa part, a perdu plus de 1 centimètre et demi de sa longueur, c'est-à-dire à peu près toute la tubérosité cuboïdienne. De plus, il n'existe plus qu'une seule articulation astragalo-calcanéenne, qui est fort peu mobile; l'antérieure a disparu avec la portion des deux os qui la forme. La surface de sustentation répond donc directement au tissu spongieux de ces deux os; ce tissu, à la vérité, n'est point ramolli ni carié; il paraît même beaucoup plus dur que d'ordinaire, comme s'il était atteint d'ostéite condensante; mais ses aréoles sont ouvertes comme si on avait retranché avec une râpe la partie qui fait défaut.

Notons cependant que la partie postérieure du calcanéum est ramollie, infiltrée de graisse, comme les os condamnés au repos.

Cette diminution dans les dimensions des os du tarse ne nous surprend pas, puisqu'il est dit dans l'observation que plusieurs séquestres ont été extraits; ce n'est pas chose rare, du reste, que de voir l'extrémité antérieure de la première rangée du tarse être prise d'ostéite ou de nécrose après l'amputation de Chopart.

Peut-être y a-t-il eu aussi simultanément absorption spontanée du tissu osseux, etc.

Parties molles. — On retrouve tous les muscles adhérents, pâles, décolorés, atrophiés, infiltrés de graisse. Je ne parle que de la partie inférieure, le moignon ayant été coupé très-bas. Les muscles antérieurs et leurs tendons, soudés entre eux, s'épanouissent en une membrane large et mince qui passe au-devant de l'articulation tibio-tarsienne pour s'insérer solidement *non pas à la cicatrice*, mais bien à la partie antérieure de ce qui reste de l'astragale. L'espace compris entre la face profonde de cette membrane et la cavité articulaire est comblé

par deux pelotons de graisse assez volumineux qui concourent à remplir le vide avec les tractus fibreux dont nous avons déjà parlé.

Les tendons des jambiers, des fléchisseurs communs et propre des orteils, des péroniers sont rétractés; aucun d'eux ne paraît se rendre dans le lambeau; on les trouve tous insérés au calcanéum plus ou moins près de son extrémité antérieure. Leurs gaînes post-malléolaires n'existaient plus à l'état de membranes synoviales. Ces tendons ont dû être sculptés au milieu d'une gangue fibroïde diffuse. Tout prouve que, loin de faire partie intégrante du lambeau inférieur et d'avoir contracté des adhérences avec les extenseurs, comme cela a été noté quelquefois et avancé surtout par Blandin, les tendons fléchisseurs des orteils se sont rétractés dans une étendue considérable, ce qui me paraît tenir à l'inflammation du moignon consécutive à l'amputation. Nous avons vu, en effet, que la plaie avait mis deux mois à se cicatriser.

L'étude du tendon d'Achille est fort intéressante. Ce tendon est dans un relâchement complet; il présente une courbe très-marquée, à concavité postérieure; son insertion se fait comme d'ordinaire, à la face postérieure du calcanéum, devenue supérieure par l'élévation du talon. Ainsi au voisinage de l'os, dont il est séparé du reste par une bourse séreuse bien connue, ce tendon a une direction tout à fait horizontale. L'inflammation ne paraît pas s'être propagée jusqu'à lui, car il est brillant, nacré comme d'ordinaire; et, autant qu'on peut être affirmatif quand on n'a pas suivi toutes les phases d'une maladie, tout porte à croire que jamais les muscles gastrocnémiens n'ont été rétractés, ni primitivement ni consécutivement; qu'à aucune époque, en un mot, le tendon d'Achille n'a été tendu, et n'a contribué en quelque façon que ce soit à l'ascension du calcanéum.

Je suis loin de prétendre qu'il en est toujours ainsi, puisque la section du tendon d'Achille a été quelquefois pratiquée avec succès. Je me contenterai de dire que dans les cas que jusqu'à ce jour j'ai rencontrés, je n'ai jamais constaté la rétraction proprement dite des gastrocnémiens et de leur tendon commun.

Ceci mène à examiner quelle était, dans le cas actuel, la véritable cause de l'ascension du calcanéum. La marche y a-t-elle été pour quelque chose? C'est bien possible. Mais cependant je la crois incapable de pousser le mouvement de bascule aussi loin qu'il l'était dans le cas actuel. Nous savons, au contraire, depuis les recherches de M. Gerdy, que les tissus fibreux péri-articulaires préexistants ou de nouvelle formation acquièrent, sous l'influence de l'inflammation chronique, une puissance de rétraction considérable. Or, nous avons vu

que le sinus compris entre l'extrémité inférieure du tibia et le bord supérieur du calcanéum était rempli par un tissu dense, cassant, fibroïde, tout à fait semblable à celui qui s'observe autour des articulations déviées et fléchies depuis longtemps.

Mais la dissection de cette pièce m'a mis à même d'attribuer au système musculaire la part réelle qui lui appartient. Si les gastrocnémiens et le tendon d'Achille ne me paraissent que rarement la cause de l'ascension, il en est tout autrement des muscles profonds de la région postérieure de la jambe, à savoir les jambiers postérieur, fléchisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils, péroniers latéraux. Par suite de leur rétraction, ces muscles viennent s'insérer directement au calcanéum; dès lors les muscles tirant sur cet os ont une tendance très-manifeste à faire tourner la seconde rangée du tarse sur l'axe transversal de l'astragale, et par conséquent à amener la déformation en question.

D'après cette théorie, qui n'est pas une hypothèse, car elle s'appuie sur des observations anatomiques directes, les muscles en question prendraient la plus grande part à la déviation, et celle-ci serait d'autant plus à craindre que rien ne peut empêcher certainement cette adhérence au calcanéum de s'établir, car les gaînes des tendons, communiquant largement avec la plaie, propageront fatalement l'inflammation jusqu'à la partie charnue du muscle; et personne n'ignore que les muscles enflammés ont une tendance irrésistible à la rétraction. Ceci explique encore assez bien comment l'élévation du talon manque quelquefois, et comment le résultat de l'opération est satisfaisant quand l'amputation n'a pas été suivie d'accidents inflammatoires et que la cicatrisation a été rapide, quand elle a été pratiquée pour des cas traumatiques et pour des lésions peu graves dans lesquelles les os de la première rangée du tarse et de la jambe étaient exempts d'ostéite. On sait, au contraire, que le renversement du talon est imminent quand le moignon est pris d'inflammation primitive ou consécutive, et quand l'ostéite ou l'arthrite récidive dans le squelette, c'est-à-dire dans le reste du tarse ou la partie inférieure des os de la jambe.

De nouvelles dissections seront nécessaires pour justifier ces idées et quelques modifications qu'on pourrait introduire dans le manuel opératoire pour y remédier, au cas où on voudrait conserver la désarticulation médio-tarsienne.

Il reste un mot à dire sur l'état des nerfs. La première dissection qui a été faite a sacrifié les nerfs cutanés; je n'ai pu retrouver que les nerfs tibiaux. L'antérieur, uni aux vaisseaux correspondants, se perd

dans l'expansion membraneuse formée par les muscles de la région antérieure; il est un peu renflé à son bout libre.

Le nerf tibial postérieur passe comme de coutume, avec l'artère et les veines satellites, derrière la malléole interne; il se bifurque ensuite, et ses deux branches viennent se perdre, en s'étalant, sur l'extrémité inférieure du calcanéum, et définitivement adhérer au tissu fibreux de la cicatrice. Ces filets, exactement appliqués contre l'os, ne sont séparés du sol que par le lambeau plantaire, que nous avons vu être fort aminci; ils sont donc mal protégés contre la pression. Cependant, contrairement à ce que l'on a vu plusieurs fois dans les moignons, le nerf tibial et ses branches sont considérablement atrophiés; ce nerf semble plutôt un ligament fibreux, et je ne serais point surpris qu'il fût réduit à son névrilème. Je regrette de n'avoir pu rechercher si les tubes nerveux y persistaient encore.

J'ai à plusieurs reprises insisté sur les névromes traumatiques suite d'amputation comme causes de douleurs persistantes que les opérés ressentent dans leur moignon, et qui, dans les amputations du pied, sont susceptibles de rendre impossible la pression sur le sol. Ici point de renflement semblable. Mais il est bon d'observer que le malade n'accusait pas de douleurs vives pendant la vie. Si la marche s'est montrée impossible, c'est surtout à cause de l'ostéite des extrémités du calcanéum et de l'astragale et des ulcérations de la peau du moignon.

Il y aurait à se demander, à ce propos, si l'atrophie du lambeau n'a pas quelque rapport avec l'atrophie du nerf tibial. Je ne saurais rien dire de précis à cet égard.

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter. En supposant que la diathèse tuberculeuse n'ait pas enlevé ce malade, aurait-on pu espérer la guérison de son moignon; la marche serait-elle devenue ultérieurement possible? Je ne le crois pas, et pense que l'amputation de la jambe eût été indispensable; encore aurait-il fallu choisir de préférence le sacrifice du membre au lieu d'élection, à cause du léger degré d'ostéite de l'extrémité inférieure du tibia.

Séance du 6 février 1856.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Marjolin présente à la Société une malade dont nous donnons l'observation.

Anévrisme faux consécutif de l'artère brachiale survenu après une saignée. — Inflammation des parois du sac à la suite de la compression directe. — Ligature de l'artère brachiale. — Hémorrhagies survenant après la chute des eschares combattues avec succès par l'ouverture du sac, la ligature d'une artère et le tamponnement. — Amaurose subite cinq jours après la dernière opération.

J'ai l'honneur de vous présenter, de la part de M. le docteur Tillard (de la Roche-Guyon), une jeune femme devenue subitement amaurotique quelques jours après la ligature de l'artère brachiale pratiquée pour un anévrisme faux consécutif. Il est nécessaire, pour bien apprécier ce fait exceptionnel, d'en connaître tous les détails. Voici le résumé de l'observation qui m'a été adressée par notre confrère.

La nommée Gilbert (de Freneuse), âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, bien réglée, accouchée il y a trois ans, et ne présentant rien d'autre à signaler qu'un peu d'hypertrophie de la glande thyroïde, consulta pour un malaise, dans le courant de février 1855, une sage-femme, qui lui fit une saignée. Une première piqûre n'ayant pas donné de sang, la lancette fut plongée une seconde fois dans la même ouverture; aussitôt la malade ressentit une vive douleur, et sur l'instant il s'échappa un jet de sang saccadé. L'écoulement du sang ne fut arrêté qu'avec difficulté, et malgré un bandage roulé il se forma un épanchement considérable au pli du coude. Pendant les premiers jours la sage-femme seule vit la malade; elle lui fit porter le bras en écharpe et prendre des bains de bras émollients pour combattre l'inflammation. L'engorgement du coude disparut; mais dès que la femme Gilbert voulut reprendre ses travaux, il lui fut impossible de se servir de son bras. La piqûre de la saignée était cicatrisée, et à son niveau existait une petite tumeur pulsatile de la grosseur d'une noisette.

Jusque vers le milieu d'avril rien de nouveau ne fut tenté. Mais à cette époque la malade ayant consulté un médecin des environs, l'affection fut reconnue, et la compression directe sur la tumeur fut mise de suite en usage. La tumeur avait alors le volume d'un œuf de poule; on percevait très-nettement des battements isochrones à ceux du cœur. La compression fut faite avec une pièce de cinq francs enveloppée de linge appliquée sur le milieu de la tumeur et maintenue assez fortement à l'aide d'une bande. La malade souffrit beaucoup de ce pansement; l'avant-bras et la main devinrent œdématiés.

Au bout de vingt et un jours l'appareil fut enlevé. La tumeur était

tout aussi volumineuse, et les battements continuaient; seulement, la peau semblait mortifiée dans le point où la compression avait agi.

Ce fut à ce moment que M. Tillard vit la malade pour la première fois. A cette époque, il y avait impossibilité d'étendre le bras. L'avant-bras et la main avaient conservé de l'œdème. De plus, sur le milieu de la tumeur il existait une eschare dure, profonde, dont les bords commençaient à se détacher.

Il n'était pas difficile de reconnaître un anévrisme faux consécutif; seulement, la chute imminente de l'eschare était une complication assez grave pour faire hâter l'opération. Aussi, malgré l'apparition des règles, M. Tillard pratiqua dès le lendemain la ligature de l'artère brachiale. Une incision de 5 à 6 centimètres, parallèle au tendon du biceps, fut pratiquée à 6 centimètres au-dessus de la tumeur, et la ligature fut placée sur l'artère à 3 centimètres au-dessous de la collatérale interne, qui se voyait à la partie supérieure de l'incision. L'opération fut simple, et la malade ne ressentit qu'une douleur passagère sur le trajet de l'artère.

De suite l'artère radiale avait cessé de battre, et l'avant-bras était devenu froid. Bientôt, sous l'influence de moyens convenables, la chaleur reparut. Mais trois heures à peine après l'opération, non-seulement le pouls était perceptible à l'artère radiale, mais on commençait à sentir des battements dans le sac anévrismal.

Dans les jours suivants, les battements du sac devinrent moins apparents; la tumeur était plus dense et moins volumineuse. Dix jours après l'opération, l'eschare était complétement détachée; quelques caillots mêlés à du sang noir s'échappèrent par l'ouverture.

Tout devait faire penser qu'il ne surviendrait pas d'accidents, lorsque le quinzième jour après la ligature, au moment où M. Tillard retirait un petit caillot, un jet de sang vermeil s'échappa. La compression directe faite avec le doigt, et des applications d'eau fraîche continuées pendant un quart d'heure, arrêtèrent l'hémorrhagie, et le sang s'étant de nouveau coagulé dans le sac, l'ouverture de la tumeur fut remplie de charpie, et une compression modérée fut faite avec un bandage roulé.

Malgré ces précautions, l'hémorrhagie s'étant renouvelée trois jours de suite, M. Tillard reconnut que la circulation existait dans l'artère brachiale jusqu'à environ 3 centimètres au-dessus de la ligature, c'est-à-dire jusqu'au point où il avait remarqué la naissance de la collatérale interne. Pour faire cesser l'écoulement du sang, il suffisait de faire la compression de l'artère un peu au-dessus.

La malade avait été affaiblie par ces hémorrhagies successives; il

fallait éviter que d'autres ne survinssent. En conséquence, M. Tillard convoqua MM. Savalle et Giard, pour délibérer si l'ouverture du sac ou une nouvelle ligature n'étaient pas nécessaires. Pendant l'examen de la tumeur, à l'instant où un caillot venait d'être déplacé, un jet de sang saccadé s'échappa. Sur-le-champ l'ouverture du sac fut pratiquée, et l'ouverture artérielle étant reconnue, M. Giard essaya, mais en vain, de passer une aiguille de Deschamps sous l'artère, qui paraît faire corps avec le tendon du biceps. Ayant été saisie une fois avec une pince, elle se rompit au moment où l'on cherchait à l'étreindre avec une ligature. L'hémorrhagie s'étant arrêtée, l'on reconnut alors que l'artère blessée traversait le milieu du tendon du biceps, et devait être une artère récurrente.

La plaie bien nettoyée, une compression méthodique fut établie sur l'ouverture artérielle. C'était le 18 juin que cette dernière opération avait été pratiquée; rien d'extraordinaire ne fut noté; seulement, le 23, la malade eut quelques vomissements à la suite d'une purgation et se plaignit d'avoir la vue un peu trouble du côté gauche.

Le 24, les vomissements avaient cessé; la malade prit un peu de nourriture dans la journée; les troubles dans la vision augmentèrent. Toutefois, à cinq heures du soir, elle voyait encore distinctement les objets qui environnaient son lit, mais à six heures la cécité était complète.

Lorsque M. Tillard examina la malade, il la trouva dans l'état suivant :

Les pupilles étaient largement dilatées; l'iris était immobile à la lumière; il y avait de la photopsie. Céphalalgie frontale assez marquée, battements très-forts des carotides, mouvements de la tête isochrones aux battements du cœur.

Le diagnostic porté fut le suivant :

Epanchement vers les ventricules ou à la base du cerveau, crainte d'une méningite.

La malade étant anémique, aucune émission sanguine ne fut pratiquée; des révulsifs cutanés et des applications froides sur la tête constituèrent pour l'instant tout le traitement, et comme le lendemain aucun symptôme d'inflammation cérébrale ne s'était manifesté, sans cesser les moyens précédents, la malade fut mise à l'usage du sous-carbonate de fer et commença à prendre des aliments.

A dater de cette époque jusqu'au 9 juillet, nous trouvons successivement employés la plupart des moyens habituellement mis en usage dans les amauroses, quelques sangsues derrière les oreilles, des fric-

tions ammoniacales ou avec l'onguent napolitain sur la région frontale, un vésicatoire à la nuque, le calomel administré à dose fractionnée après l'usage des purgatifs.

Aucune amélioration ne s'étant manifestée, la malade fut adressée à M. Sichel. Son avis fut que cette amaurose soudaine pouvait dépendre d'un épanchement cérébral comprimant l'origine des nerfs optiques. L'ophthalmoscope montra les vaisseaux de la rétine modérément dilatés; dans le côté gauche, de nombreuses stries fines, un peu élevées, blanches, transversales sur le côté externe, et dans l'œil droit de petites taches blanches, élevées, un peu brillantes, à peu près dans la région même de la rétine.

Le traitement qui fut conseillé n'offre pas de différences bien tranchées avec le traitement précédent; les seules formules nouvelles que nous rencontrons sont l'usage du chlorure de baryum à l'intérieur et des frictions sur la région temporo-frontale avec une pommade renfermant de l'oxyde noir de cuivre.

Ainsi, émissions sanguines locales, applications révulsives à la nuque, frictions napolitaines sur le front, calomel à dose fractionnée, purgatifs répétés, révulsion vers les extrémités inférieures pour entretenir les époques, rien n'est changé.

Ce traitement a été continué pendant un temps assez long et aucune amélioration ne s'est manifestée.

M. Follin a examiné à l'ophthalmoscope les yeux de cette malade; le cristallin est sain; il n'y a pas de congestion et encore bien moins d'apoplexie rétinienne; bien au contraire, cette membrane ainsi que la choroïde sont pâles et comme exsangues.

— M. Denonvilliers présente un malade qui, à la suite d'une brûlure, offre un renversement des deux paupières de l'œil gauche. Ce malade sera opéré par le procédé autoplastique, que M. Denonvilliers a déjà mis en usage avec succès sur une femme. Il sera présenté de nouveau après guérison, et l'observation sera publiée dans les *Bulletins.*

M. Chassaignac, à propos de ce malade, rapporte qu'il a eu recours, dans un cas à peu près analogue, au procédé de Dieffenbach, et il n'a pas eu à se louer du résultat obtenu, malgré le soin qu'il avait eu de faire une incision sur la région frontale.

— Après la lecture du procès-verbal et son adoption, M. Bouvier demande la parole pour ajouter quelques mots à sa dernière communication sur le séton.

J'ai, dit M. Bouvier, fait des recherches pour retrouver l'observation de mort signalée par Blandin; cette observation est rapportée dans le

Dictionnaire en quinze volumes, et un autre fait est noté par cet auteur, dans lequel l'application du séton à la nuque a été suivie de gangrène.

Quant à l'objection relative à la différence des résultats sur les cadavres et sur les vivants, j'ai dû la prendre en considération, et j'ai fait des recherches pour juger la question.

Quand on fait un pli à la peau, soit sur le vivant, soit sur le cadavre, on remarque absolument les mêmes particularités. Ainsi, quand ce pli est large, on reconnaît parfaitement qu'on entraîne à la base de ce pli une couche profonde représentant un second pli; cette sensation est particulièrement marquée sur les sujets maigres : c'est la couche musculaire que l'on déplace ainsi.

Une ponction directe à la base du pli, telle qu'elle est conseillée par Boyer, Blandin, etc., traverse alors le pli musculaire avec la peau. Il faudrait, pour l'éviter sûrement en faisant la ponction au même endroit, contourner le muscle, c'est-à-dire faire glisser l'aiguille de bas en haut vers le sommet du pli, la conduire en travers sur le muscle et la faire redescendre sous la peau du côté opposé avant de la traverser pour faire sortir l'aiguille.

Sur les sujets gras, on ne parvient pas aussi facilement à sentir la partie profonde ; mais il suffit d'être averti pour éviter la lésion musculaire, puisque en ne donnant que peu d'épaisseur au pli de la peau on est certain de ne pas dépasser la surface sous-cutanée.

M. Bouvier termine sa communication par les détails suivants sur la partie historique du sujet, qu'il avait indiquée seulement dans la précédente séance.

Houllier, contemporain d'A. Paré, dans son traité *De morbis internis*, dit, en parlant du séton au traitement de l'ophthalmie : « Paracentesis fit hoc modo. Prehendas digitis cutem *cum carne*, etc. »

Ces derniers mots sont équivoques ; l'auteur peut avoir appelé *caro* le tissu graisseux sous-cutané. Mais Duret, dans son Commentaire sur ce même passage, dit : « *Paracentesis* funiculus seu setaceus quo musculi cervicis transfiguntur. » Ceci indique clairement les muscles.

Marc-Aurèle Séverin, comme je l'ai dit, insiste, au contraire, sur le siége *sous-cutané* du séton, et ne rappelle les termes de Duret que pour signaler l'erreur qu'ils lui paraissent renfermer ; et comme, un peu plus loin, Duret parle encore du séton sans faire de nouveau mention des muscles, Séverin attribue ces premières expressions à une distraction de l'auteur, et dit : « Credo equidem fuisse calami lapsum. »

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Drouineau (de la Rochelle), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— M. Lenoir fait hommage de son analyse du *Traité des maladies du sein*, par M. Velpeau.

LECTURE.

M. Trélat lit une observation intitulée *Note sur un cas de décollement très-profond du rectum opéré et guéri par la méthode du pincement.* (Commission : MM. Forget, Désormeaux et Guérin.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil montre une pièce anatomo-pathologique qu'il a préparée. Il s'agit d'une amputation tibio-tarsienne déjà opérée depuis un certain temps, et qui a nécessité une amputation secondaire de la jambe. L'observation, empruntée au service de M. Richet, sera publiée *in extenso* dans les *Bulletins*.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission nommée pour examiner une question relative au règlement.

La discussion du rapport est renvoyée à une autre séance, après l'impression et la distribution des conclusions.

Le secrétaire, Dr E. Laborie.

Séance du 13 février 1856.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre un sujet adulte qui dans son bas âge a été opéré d'un bec-de-lièvre compliqué. La première tentative opératoire faite à deux mois a échoué; la seconde a réussi à sept mois.

A l'extérieur, la conformation de la face est assez régulière. Cependant la sous-cloison manque; l'arcade dentaire est divisée, et très-probablement le tubercule incisif a été réséqué. Un obturateur très-bien fait, et qui porte deux incisives artificielles médianes, corrige la difformité, et permet l'intégrité presque complète des fonctions de la cavité buccale.

M. Guersant. Il serait très-important de savoir s'il y a eu autrefois un tubercule, et si celui-ci a été réséqué. Dans ce dernier cas, cette résection, pratiquée à deux mois, aurait amené un insuccès. Ce fait prouve encore qu'il y a plus de chances de réussite à six ou sept mois que dans les premiers temps qui suivent la naissance.

M. Denonvilliers. Le tubercule a existé sans aucun doute, car le malade dit qu'il avait deux dents au bout du nez. Ce tubercule a été réséqué, et cependant on trouve encore deux petites incisives latérales situées sur les os maxillaires.

M. Broca. La persistance de deux incisives latérales et l'excision du tubercule médian constituent deux faits si contradictoires qu'il ne faut admettre qu'avec beaucoup de réserve l'existence antérieure du tubercule. Ce fait serait de nature à changer tout ce que nous savons sur le mode de formation du bec-de-lièvre.

MM. Denonvilliers et Guersant se rappellent avoir vu de semblables faits mentionnés par les auteurs; ils consulteront leurs notes, afin de fournir des renseignements précis.

— M. Denonvilliers montre une jeune fille qui lui fut adressée autrefois par M. Guersant, et qui aurait pu être considérée comme atteinte d'une difformité au-dessus des ressources de l'art.

Cette malade, déjà présentée à la Société de chirurgie, eut une brûlure de la moitié gauche de la face, qui donna naissance à un ectropion double aussi complet que possible. Les deux paupières renversées n'ont conservé qu'un petit nombre de cils; le sourcil est devenu vertical. La conjonctive est recouverte de bourgeons charnus, et forme une surface granuleuse de 8 centimètres de diamètre, au centre de laquelle siége la cornée, qui présente déjà quelques ulcérations.

Cette horrible déviation des paupières fut attaquée en plusieurs temps. Le traitement dut comprendre : 1° la restauration de la paupière supérieure; 2° la restauration de la paupière inférieure; et comme ces deux voiles membraneux ont été réunis par la suture, il faudra terminer la cure par une opération complémentaire : la séparation des deux paupières, temporairement agglutinées.

Voici comment M. Denonvilliers a procédé :

Une incision circulaire a été pratiquée sur la peau, en dehors du sourcil, à une petite distance du bord des paupières, de manière à circonscrire entièrement l'ectropion supérieur et l'ectropion inférieur. Une dissection poussée très-loin a permis d'isoler les deux paupières, de les renverser, et de ramener leur bord libre au contact. Il en est

résulté deux vastes pertes de substance, l'une supérieure, l'autre inférieure; la première seule a été immédiatement comblée. Pour cela, un lambeau a été taillé sur la partie moyenne du front, et étendu jusqu'à la racine des cheveux. Ce lambeau, à base inférieure correspondant à la racine du nez, avait son grand axe oblique de bas en haut, de dedans en dehors. Il a été isolé, puis incliné horizontalement en dehors, de manière que son bord externe, renfermant le sourcil, est devenu horizontal, et est venu s'appuyer et se souder au bord saignant, circonscrit près du bord libre de la paupière supérieure par la première incision. Le sourcil est redevenu horizontal, et c'est à peine si on retrouve aujourd'hui la trace de la réunion de la paupière avec le lambeau. Ce dernier est plat, lisse, bien vasculaire. La plaie frontale, presque verticale, n'est plus représentée que par une cicatrice étroite.

Ce résultat avantageux a été obtenu quoique la réunion du bord libre des paupières ait échoué. L'insuccès de cette suture était au reste facile à comprendre, M. Denonvilliers s'étant contenté d'aviver les bords palpébraux libres et de faire une suture à points passés. Aussi, dans la seconde opération, il a procédé autrement à l'occlusion. Cette fois il a avivé la face cutanée des paupières elles-mêmes, immédiatement en dehors du bord ciliaire, et il a réuni par une suture à points piqués, telle que M. Gely (de Nantes) la pratique pour les plaies intestinales, mais en séparant les points, pour prévenir le froncement.

On se rappelle que lors de la première opération la dissection de la paupière inférieure avait laissé au-dessous une vaste surface saignante; elle s'était recouverte de bourgeons charnus, puis d'une cicatrice assez large qui avait déjà notablement diminué l'étendue de l'ectropion inférieur. Pour achever la restauration, M. Denonvilliers ayant de nouveau détaché la paupière par la dissection, tailla un lambeau oblique à la partie inférieure et externe de l'œil, sur la joue par conséquent, et le faisant pivoter d'un quart de cercle sur sa base, vint l'enclaver dans la plaie horizontale sous-jacente à la paupière redressée.

Ce dernier lambeau a été taillé dans une portion de tégument qui avait subi l'action de la brûlure, et qui par conséquent était formé par un tissu cicatriciel. Cependant il s'est bien réuni; il est lisse, plat, et paraît même s'être encore élargi depuis l'opération. La plaie déterminée par sa formation est remplacée par une cicatrice étroite.

La formation des lambeaux aux dépens du tissu de cicatrice donne des résultats très-divers suivant les régions. Défavorable au front, à cause du peu d'épaisseur et de la tension extrême de la peau, elle

réussit bien à la joue, doublée d'une couche épaisse de parties molles, lâches, extensibles et bien nourries. On peut, en taillant le lambeau, non-seulement lui donner l'épaisseur qu'on désire, mais encore faire varier cette épaisseur d'un point à l'autre du lambeau. Dans le cas actuel, M. Denonvilliers conserva une bonne épaisseur de tissus sous-cutanés dans la partie qui devait correspondre à la base de l'orbite; il ne garda, au contraire, que la peau, dans le point qui devait devenir plus tard le tégument de la paupière elle-même.

Il y a encore une remarque importante à faire relativement aux sutures de la face. On s'attache trop à multiplier les points, et on emploie souvent des épingles trop grosses. Il faut savoir, en effet, que l'adhésion des bords saignants se fait particulièrement dans l'intervalle des points de suture, et qu'au niveau de ceux-ci, ou elle manque, ou elle s'effectue plus tardivement.

En résumé, l'horrible difformité que présentait cette jeune fille est aujourd'hui complétement corrigée; les deux paupières sont reconstituées de la manière la plus heureuse. Il reste maintenant à désunir les paupières, afin de rendre la lumière à l'œil recouvert; mais quoique trois mois se soient déjà écoulés depuis la dernière opération, M. Denonvilliers voudrait différer encore la séparation palpébrale jusqu'au moment où l'on n'aura plus rien à craindre de la rétraction cicatricielle, c'est-à-dire attendre encore au moins sept à huit mois.

La jeune malade, de son côté, est fort impatiente; mais on résistera, autant que possible, à ses vives instances.

M. Denonvilliers profite de cette occasion pour faire ressortir tous les avantages des procédés autoplastiques qu'il a mis en usage ici et dans un grand nombre d'autres circonstances. Ces procédés, qui sont d'une application à peu près générale, présentent un ensemble de caractères communs qui permet de les ériger en une méthode intermédiaire aux deux grandes méthodes indienne et française, et qui, possédant la somme de leurs avantages sans en avoir les inconvénients, lui paraît destinée à les remplacer dans la grande majorité des cas. Comme la méthode indienne, elle est susceptible de donner des lambeaux très-grands capables de réparer des surfaces très-étendues; elle a donc les mêmes avantages. Mais, de plus, elle évite la torsion du pédicule, que l'on se contente d'incliner; elle garde à ce pédicule plus de largeur, plus d'épaisseur, et assure ainsi plus de vitalité au lambeau.

La méthode française possède ces derniers avantages, aussi convient-elle très-bien aux pertes de substance peu étendues; mais aussitôt que la

surface à recouvrir est large, le glissement direct des lambeaux ne peut se faire sans que l'on exerce sur eux une traction violente pleine de dangers pour le présent et pour l'avenir. M. Denonvilliers n'a pu voir sans étonnement, en parcourant l'atlas de Serre (de Montpellier), la perfection constante des résultats obtenus par la méthode française. Il est porté à douter fortement de l'exactitude de ces dessins, qui sont réellement trop beaux, trop parfaits, et qui sans contredit exagèrent les résultats heureux de la méthode mise en usage.

La méthode nouvelle serait convenablement désignée sous le nom de méthode par pivotement. Elle atteint encore deux buts particuliers :

1° Elle permet d'obtenir presque toujours des cicatrices verticales, remplaçant les plaies qui résultent de la formation des lambeaux ;

2° Elle fournit toujours un point d'appui au bord inférieur du lambeau, dont le glissement est ainsi prévenu efficacement.

Cette généralisation a paru assez importante à M. Denonvilliers pour qu'il ait résolu, dans cette courte communication, de prendre date devant la Société de chirurgie.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur William Sands Cox (de Birmingham) adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre correspondant.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Compte rendu des travaux de l'Académie royale de Belgique, par le docteur Sauveur.

De l'accouchement prématuré artificiel obtenu à l'aide des douches utérines ;

Histoire d'une opération césarienne faite avec succès ;

Du traitement de la grenouillette par l'injection iodée, par le docteur Bouchacourt;

De la rétrocession de la langue après l'ablation du corps du maxillaire inférieur, par le docteur Augier. (Thèse inaugurale. Paris, février 1856.)

Considérations sur l'observation médicale en général, par le docteur Mattei. (Renvoi à M. Laborie, rapporteur de la commission.)

— M. Cazeaux communique la relation de deux faits d'hydrocéphale observés sur des enfants pendant le travail de l'accouchement, et qui offrent des particularités qui les distinguent de la description généralement donnée par les auteurs classiques.

Une femme bien conformée, et qui était déjà une fois accouchée heureusement, était depuis trente-six heures en travail. La dilatation du col était complète, les douleurs avaient été énergiques, les membranes s'étaient rompues ; mais des efforts infructueux avaient épuisé la malade et suspendu le travail.

M. Cazeaux reconnut au détroit supérieur une tumeur molle n'ayant aucun des caractères de la tête, mais rappelant plutôt une présentation du siége ; cependant elle se tendait et devenait rénitente pendant les contractions, mais n'offrait nulle part la résistance osseuse. Dans l'intervalle des douleurs, M. Cazeaux introduisit sa main presque tout entière dans le vagin, et put ainsi embrasser la tumeur avec les doigts opposés. La pression lui permit alors de constater sans peine une tête surmontée d'une poche liquide. Comme il avait souvenir d'avoir déjà, il y a dix ans, constaté un fait semblable, il n'hésita pas à porter le diagnostic suivant :

Présentation du sommet avec hydrocéphale externe coïncidant sans doute avec une hydrocéphale interne.

L'auscultation pratiquée ne fit point entendre les battements du cœur du fœtus; on en conclut qu'il n'était point vivant. Une petite incision de 3 millimètres fut alors pratiquée avec la pointe des ciseaux de Smellie sur le sommet de la tumeur ; un verre de liquide s'écoula. On reconnut sans difficulté dès lors les os du crâne, dont les sutures étaient fort écartées : ce qui confirma le diagnostic d'une hydrocéphale interne indépendante de la première.

Le forceps fut appliqué alors, mais sans résultat. Trois quarts d'heure après, M. Cazeaux se décida à pratiquer avec les mêmes précautions une nouvelle ponction ; cette fois un litre de liquide s'écoula, et dès lors l'accouchement reprit sa marche et se termina spontanément.

Il y a dix ans, M. Cazeaux avait déjà observé un fait semblable. Il avait été appelé, par M. le docteur Martin Saint-Ange, auprès d'une femme en travail depuis trente-six heures, et dont la délivrance ne s'effectuait pas malgré l'emploi de diverses excitations et du seigle ergoté. Au début, M. Martin Saint-Ange avait constaté une présentation de la tête. M. Cazeaux, ayant touché, fut d'un avis opposé, et crut plutôt à une présentation du siége. Cependant, profitant d'une cessation des contractions, il toucha de nouveau, déprima la tumeur avec force et arriva en effet sur la surface osseuse du crâne. Deux applications de forceps furent faites sans résultat. Une ponction alors pratiquée donna issue à deux verres de liquide environ. Cette évacuation fut

suivie d'une nouvelle application de forceps, qui amena sans peine un enfant mort.

Les sutures étaient écartées, une collection liquide siégeait à l'intérieur du crâne; une incision faite sur une suture lui donna issue ; il y avait donc simultanément hydrocéphale interne et hydrocéphale externe.

M. Cazeaux se demande quel est le mécanisme de formation de cette double collection. Il a parcouru tout d'abord les recuells d'obstétrique ; il a vu que tous les auteurs avaient parlé de l'hydrocéphale externe, mais que personne n'avait songé à la rattacher à l'existence d'une collection séreuse intérieure ; que d'ailleurs l'hydrocéphale externe était généralement mal décrite, pauvre de faits, les auteurs s'étant la plupart du temps copiés les uns les autres.

MM. Depaul, Danyau et les modernes n'ont de leur côté rien observé de semblable.

Il y a deux hypothèses qui peuvent rendre compte de la formation des deux collections liquides :

1° On peut supposer qu'elles se sont formées isolément, d'une façon indépendante, l'une dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'autre dans l'intérieur du crâne. M. Cazeaux est peu disposé à admettre cette interprétation.

2° Il est possible qu'une hydrocéphale interne existe seule avant le travail, et que, sous l'influence exercée par la pression, la contraction des parois de la matrice, une certaine quantité du liquide intérieur passe à travers une fissure des membranes des sutures, et s'épanche en dehors de la boîte osseuse de manière à former une tumeur surajoutée à la surface.

Cette théorie est justifiée par ce fait que, dans le second cas, M. Martin Saint-Ange avait reconnu au début du travail une tête que M. Cazeaux avait plus tard trouvée masquée par une tumeur liquide. Cependant cette interprétation soulève une difficulté si l'on admet une fissure, une perforation faisant communiquer entre elles les deux poches liquides. Comment expliquer qu'après l'évacuation du contenu de la première, la seconde ne se vide pas? Comment se rendre compte de la nécessité d'une double ponction dans la première observation, de la persistance de l'hydrocéphale interne dans la seconde, alors même que la pression énergique du forceps avait comprimé la tête?

Quoi qu'il en soit, ces faits sont de nature à modifier un peu et le diagnostic de l'hydrocéphale et le procédé opératoire de la ponction. On s'attend, en général, dans cette maladie à rencontrer toujours les

sutures, dont les bords seulement sont fortement écartés; ici, au contraire, une tumeur molle ne laissait pas aborder jusqu'aux os : de là la nécessité d'une pression très-forte, d'un refoulement violent de la poche liquide pour constater la véritable présentation.

On doit également être fort circonspect dans la ponction; la faire très superficielle, très-peu étendue, en évitant de se servir de l'instrument tranchant.

M. Danyau demande si, à l'autopsie, on a pu constater la fissure faisant communiquer les deux poches. Il croit, au reste, comme M. Cazeaux, que le liquide extérieur provenait de l'intérieur au moyen d'une fissure peut-être même trop petite pour être reconnue directement. C'est par un mécanisme semblable que, chez les fœtus morts depuis longtemps dans le sein de la mère, la matière cérébrale diffluente peut pendant le travail s'insinuer dans la couche sous-cutanée et y former des tumeurs molles sus-jacentes à la convexité de la boîte crânienne.

M. Huguier. Tous les jours on voit, en chirurgie, des tumeurs en bissac avec une communication étroite, et tout à coup le passage du liquide cesser de s'effectuer d'une loge à l'autre par suite de déplacement, de modifications dans la situation de l'orifice qui les fait communiquer. On comprend que la même chose pourrait survenir dans les cas rapportés par M. Cazeaux.

La fissure peut se faire quand la cavité crânienne est distendue, puis se boucher mécaniquement par le chevauchement des os quand une certaine quantité du fluide interne s'est écoulée et a permis le retrait des pièces du squelette.

M. Cazeaux répond à diverses autres objections. Il regrette que les autopsies aient dû être faites à la hâte et soient, par le fait, restées incomplètes. Quoi qu'il en soit, la valeur des remarques pratiques n'en est pas atténuée.

Amputations partielles du pied. — Amputation de Chopart, pratiquée par Blandin en 1839. — Guérison complète. Marche très-facile.

Après avoir rapporté un cas dans lequel la désarticulation médiotarsienne a eu les résultats les plus fâcheux, l'équité commande de rassembler également les faits favorables. L'observation suivante, recueillie par M. Fournier, interne distingué des hôpitaux, montre un exemple d'un résultat irréprochable.

Darredar (Remi), âgé de vingt-cinq ans, cordonnier. Ce malade était âgé de dix ans quand il eut le pied droit écrasé par un pavé. A la suite de l'accident, il survint un phlegmon qui se compliqua de gangrène; les orteils devinrent noirs et insensibles. L'amputation partielle du pied fut jugée nécessaire, et pratiquée par Blandin le 16 juin 1839.

Le malade ne put se lever que cinq mois après l'opération. Il raconte qu'il fut retenu longtemps au lit par un engorgement persistant des ganglions de l'aine. Pendant deux mois il ne marcha qu'à l'aide d'une chaise roulante, posant déjà le pied à terre, mais ne prenant sur lo moignon qu'un faible appui. Le septième mois il commença à marcher seul. Enfin, le quinzième il quitta l'hôpital, marchant aussi facilement qu'aujourd'hui.

Depuis cette époque, la *marche a toujours été parfaitement libre et facile.* Le malade a beaucoup voyagé à pied; il a pu faire jusqu'à douze lieues par jour, ne ressentant pas plus de fatigue du membre opéré qne de l'autre. Il se dit même très-bon coureur.

L'aspect du moignon ne peut laisser d'incertitude sur la nature de l'opération; c'est bien une amputation médio-tarsienne qu'a subie le malade. Ce point n'a pas soulevé de doute dans l'esprit des membres de la Société qui ont examiné le moignon.

La cicatrice est linéaire. Elle est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Du côté interne, elle remonte à 2 centimètres au-dessous de la malléole tibiale. Du côté externe, elle est séparée do la malléole péronière par un intervalle de 4 centimètres.

Le moignon descend beaucoup plus bas du côté externe que du côté interne. Sur *le bord externe, l'épiderme présente une grande épaisseur;* il est, au contraire, relativement assez fin sur le bord interne. Il est facile de se convaincre que le pied n'appuie à terre quo sur le premier de ses bords.

Le talon s'applique exactement sur le sol dans la station et dans la marche. *Il n'a subi aucun renversement; il n'est aucunement relevé.* L'épiderme qui le revêt est très-épais et très-dense.

Le malade, qui est cordonnier, peut donner, en raison de sa profession, quelques détails assez curieux qui confirment les considérations précédentes. Ainsi, il dit user sa chaussure, du côté malade, sur lo bord externe *seulement* et sur le talon; le bord interne est toujours intact, et il n'a pas besoin de le garnir de clous. Il ajoute cette remarque, qu'il use deux chaussures du pied droit contre une du pied gauche.

La marche a donc lieu : 1° sur le bord externe du pied ; 2° sur le talon.

L'*axe du moignon est horizontal.* Le malade affirme n'avoir jamais subi d'opération du côté du tendon d'Achille. D'ailleurs, aucune trace de cicatrice à la partie postérieure et inférieure de la jambe.

Bien qu'il n'existe pas de claudication appréciable, le malade présente dans la marche une allure toute particulière. Le membre du côté amputé ne se fléchit pas dans ses diverses articulations comme le membre sain. Dans la progression, il est posé par terre tout d'une pièce, pour ainsi dire, la jambe étendue en ligne droite sur la cuisse, le pied maintenu à angle droit sur la jambe.

La marche est très-facile et sans fatigue ; mais le malade dit *ne pouvoir porter de charge du côté droit.* Lorsqu'il porte un fardeau, c'est toujours sur l'épaule ou sur le bras du côté gauche qu'il est forcé de le placer.

La flexion du moignon sur la jambe est parfaitement conservée.

Sur l'invitation de M. Verneuil, qui avait bien voulu me donner quelques conseils sur les points curieux à étudier dans l'examen de ce malade, j'ai recherché attentivement s'il n'existait pas dans le moignon quelque point douloureux à la pression correspondant à la situation du nerf plantaire dans le lambeau. Je n'ai trouvé aucun point qui fût le siége d'une douleur, même légère, à la pression. Le malade n'a jamais remarqué, même dans les premiers mois qui suivirent l'opération, de point spécialement douloureux dans le moignon (1).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société : A. VERNEUIL.

Séance du 20 février 1856.

Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LARREY montre un enfant de sept mois et demi, maigre, pâle, qui est venu au monde avec une imperforation anale. Deux jours après la naissance, M. Maisonneuve tenta vainement d'ouvrir une voie aux

(1) Cette observation est celle du malade présenté par M. Chassaignac dans la séance dn 18 février 1855. La présentation était trop sommaire pour être ntile à nne discussion approfondie.

matières fécales par le périnée ; il se décida alors à pratiquer l'entérotomie lombaire par la méthode de Callisen. L'opération réussit, en cela que l'enfant a pu vivre jusqu'au jour actuel ; mais il est survenu une remarquable complication. L'anus contre nature est devenu le siége d'une invagination très-étendue des deux bouts, d'où résulte la formation d'une tumeur saillante de la forme la plus bizarre. Retenus par une sorte de pédicule très-court au niveau de l'incision cutanée, les deux boudins invaginés divergent en sens contraire et figurent les deux branches horizontales d'un T, dont le pédicule en question représenterait la branche verticale très-courte. A leur extrémité libre, ces deux boudins présentent un orifice. L'un ne donne passage qu'à des mucosités : c'est l'inférieur; l'autre à des matières fécales verdâtres : c'est le supérieur. Couchés sur la paroi abdominale, ces deux boudins, réunis bout à bout, atteignent une longueur d'au moins 20 centimètres ; leur diamètre varie entre 2 et 4 centimètres. Au moment de l'examen, l'inférieur, un peu plus court, plus volumineux, se termine en massue ; le supérieur s'effile, au contraire, à son extrémité libre, et devient conique comme le museau de tanche d'un utérus vierge ; mais les dimensions et les diamètres sont variables d'un moment à l'autre. Tous les deux sont revêtus par une muqueuse rouge, épaissie, tomenteuse, sillonnée par des plis, des rides ; toutefois on n'y découvre ni glandes de Peyer, ni follicules isolés. Ces deux cylindres intestinaux sont le siége de quelques contractions vermiculaires simultanées ou alternatives. En général, quand le supérieur s'allonge, l'inférieur se raccourcit et s'épaissit, et réciproquement.

M. Larrey n'a encore rien entrepris, il n'a pas même cherché à réduire l'intestin. Il communiquera à la Société la suite de cette observation remarquable.

M. Chassaignac. La première indication consiste à réduire l'intestin, soit à l'aide de la glace, soit à l'aide du taxis. Dès que cela sera fait, on pourrait tenter de retrouver et de rétablir l'anus au périnée en introduisant une sonde ou une série de sondes dans le bout inférieur, de manière que ces instruments, venant presser sur la terminaison en cul-de-sac du rectum, fassent proéminer celui-ci au périnée, et servent de conducteur aux incisions qu'on pratiquerait alors au siége normal de l'anus. Dans un cas de ce genre, et en réunissant cinq sondes bout à bout, il a pu leur faire parcourir toute la portion du gros intestin sous-jacente à l'anus artificiel, et retrouver ainsi au périnée la terminaison inférieure du rectum.

La réduction faite, il faudrait prévenir l'issue nouvelle de l'intestin

C'est là un point difficile. On y parviendrait en engageant dans les deux bouts à la fois un gros tube de caoutchouc qu'on fixerait solidement au dehors, et dont la cavité centrale permettrait le cours des matières fécales du bout supérieur vers le bout inférieur.

M. Houel. La tumeur que présente cet enfant est bien due à une invagination des deux bouts de l'intestin. On pourrait la comparer exactement à une exstrophie de vessie avec invagination des deux uretères. M. Cruveilhier a très-bien étudié cet accident des anus contre nature. Chaque bout a un orifice distinct; il est composé de deux tuniques. La cavité du supérieur ne communique point avec celle de l'inférieur, mais bien avec la portion de l'intestin sus-jacente à l'anus artificiel. Il en est de même du bout inférieur.

La réduction sera peut-être plus difficile que M. Chassaignac ne le suppose. En effet, les deux cylindres qui constituent l'invagination se correspondent par leurs surfaces séreuses, et celles-ci ont probablement contracté des adhérences. Si donc on ne pouvait pas réduire, il faudrait se contenter de protéger la muqueuse contre le frottement des vêtements, de manière à prévenir les inflammations gangréneuses.

M. Marjolin. Il ne faut pas désespérer d'obtenir ici un bon résultat, car l'enfant a déjà résisté depuis sept mois aux suites de l'opération. Dans les chutes anciennes du rectum, on voit souvent des invaginations très-étendues et irréductibles depuis plusieurs mois. La muqueuse s'enflamme, des eschares se forment; mais si l'on parvient à réduire, l'inflammation cesse d'elle-même et avec elle les accidents. La réduction est donc ici la première chose à tenter.

M. Gosselin se demande si l'intestin qui a été ouvert est bien réellement le côlon, et si l'on n'aurait pas plutôt affaire à l'iléon. La présence des replis qui sillonnent la surface muqueuse le font incliner vers cette dernière hypothèse. Il serait bon d'avoir sur ce point des renseignements précis de M. Maisonneuve. Dans ses essais sur le cadavre, M. Gosselin s'est convaincu que dans l'entérotomie lombaire, non-seulement on ne peut pas toujours éviter l'ouverture du péritoine, mais encore on amène assez souvent l'intestin grêle, et on l'ouvre par une erreur difficile à éviter.

C'est une circonstance à faire intervenir dans le parallèle à établir entre la méthode de Littre et celle de Callisen.

M. Guersant a pratiqué dix fois l'entérotomie de Littre; deux fois seulement l'intestin grêle s'est présenté. Quatre fois seulement il a opéré par la méthode de Callisen; il a rencontré assez aisément l'intestin en décollant le mésocôlon.

Au reste, tous ces enfants sont morts vers le troisième ou le quatrième jour. L'autopsie d'un certain nombre d'opérés a été faite.

— M. Guersant n'a pas retrouvé de tubercules incisifs ne portant que deux dents.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Lenoir demande à M. Denonvilliers s'il réclame la priorité des procédés autoplastiques qu'il a exposés dans la dernière séance.

M. Denonvilliers n'a aucune prétention de ce genre. Beaucoup de chirurgiens, et M. Denonvilliers lui-même, ont bien des fois et depuis bien longtemps opéré de la même manière, mais dans des cas isolés, et sans en faire une méthode générale.

— M. Marjolin donne lecture des observations de tumeurs anévrismales adressées par M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant.

Obs. I. — **Anévrisme de l'artère poplitée traité sans succès par la compression. — Amputation de la cuisse. — Mort.**

Un portefaix, nommé Provost (Auguste), âgé de trente-sept ans, grand, fort, aux formes vigoureusement dessinées, vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 29 août 1853, pour une écorchure au pied; c'est alors que par hasard on s'aperçut qu'il portait au creux du jarret droit une tumeur qu'on reconnut immédiatement pour un anévrisme de l'artère poplitée.

Cet anévrisme existait depuis longtemps; mais, bien qu'il eût beaucoup augmenté de volume depuis quelques mois, le malade n'y avait attaché aucune importance, car il n'en souffrait pas et avait pu supporter sans difficulté les fatigues de son état; aussi vit-il avec étonnement et ennui l'attention dont il devint l'objet dans la salle où il fut placé.

La tumeur remplissait tout le creux du jarret. La vue et le toucher y constataient des battements et un mouvement d'expansion bien marqués. L'oreille y sentait un bruit de souffle simple, très-fort, disparaissant facilement et complétement par la compression de l'artère crurale. Cette artère paraissait plus volumineuse que du côté sain, ses battements étaient très-énergiques; un bruit de souffle rude se faisait entendre dans tout son trajet, surtout à la partie supérieure, ce qui fit craindre que les parois du vaisseau ne fussent malades. Cette circonstance et le désir d'épargner une opération au malade décidèrent le chirurgien chargé alors du service à avoir recours à la compression de l'artère fémorale.

Le membre, très-légèrement fléchi, fut immobilisé dans une boîte de Baudens; un tourniquet fut placé sur le pubis, et, lorsque la compression devenait douloureuse sur ce point, on reportait l'instrument plus bas dans le triangle inguinal.

On eut recours aussi au compresseur de Dupuytren, et même pendant plusieurs jours les deux instruments furent appliqués en même temps, de sorte que la compression était exercée alternativement sur deux points différents.

En somme, la compression fut employée pendant trois mois d'une manière régulière. De temps en temps, pour délasser le malade, on remplaçait pendant quelques jours le tourniquet et le compresseur par des compressions graduées maintenues en place au moyen d'un spica de l'aine.

Cette compression, quelque soin qu'on y ait apporté, n'a presque jamais interrompu complétement le passage du sang dans l'artère crurale; mais elle a toujours diminué d'une manière très-sensible la force et le volume de la colonne sanguine, ainsi qu'on s'en assurait chaque jour en appliquant la main sur la tumeur.

Malgré ce traitement, le volume de l'anévrisme ne diminua pas; on peut même dire que, lorsque le malade demanda à sortir de l'hôpital le 26 novembre et après qu'on eut cessé la compression, le mal s'était aggravé. Les parois de la tumeur étaient plus molles et plus dépressibles, ce qui prouve que les couches de fibrine qui doublaient l'intérieur du sac étaient moins épaisses qu'au début du traitement.

Le malade rentra à l'Hôtel-Dieu le 24 janvier 1854.

Pendant les deux mois qu'il était resté dans sa famille, il n'avait pas constamment gardé le lit; mais la douleur qu'il éprouvait dans la tumeur avait rendu la marche à peu près impossible. Du reste, pendant ce court intervalle la maladie avait fait des progrès effrayants : le volume de la tumeur avait augmenté de moitié en hauteur et en largeur; elle faisait une saillie considérable de chaque côté du genou; sa surface présentait plusieurs bosselures au niveau desquelles la peau était violacée et amincie.

Toute la jambe était énormément œdématiée; la circulation ne s'y faisait que d'une manière très-incomplète, et la gangrène était imminente.

La seule chance de salut pour le malade était dans l'amputation de la cuisse; elle fut pratiquée le 23 janvier par M. le docteur Cochard, à l'obligeance duquel je dois la plupart des détails consignés dans cette observation.

Les suites de cette opération furent d'abord assez simples; mais au bout de vingt jours, il survint une ostéo-myélite avec phlegmon diffus dans tout le moignon, et le malade mourut le 17 mars.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une plaque crétacée dans les parois de l'artère crurale, au niveau du pubis; quelques ossifications à l'origine de l'aorte, et une légère hypertrophie du cœur. L'artère crurale était solidement oblitérée à son extrémité dans le moignon.

L'examen du membre avait démontré un œdème de tout le tissu cellulaire de la jambe, et, en outre, une transformation graisseuse d'une partie des muscles de ce membre.

La veine poplitée avait été englobée dans les parois de la tumeur, et il n'était plus possible d'en retrouver les traces.

L'intérieur du sac anévrismal contenait des caillots noirs peu consistants et du sang liquide en énorme quantité. Des couches fibrineuses existaient seulement, en avant, du côté de l'axe du membre; en arrière, le sac n'était plus formé dans quelques points que par la peau.

La pièce anatomique est conservée dans les collections de l'Ecole de médecine de Nantes.

Obs. II. — **Anévrisme de l'artère grande musculaire externe de la cuisse droite. — Ligature de la grande musculaire; récidive. — Ligature de l'artère crurale sous le ligament de Fallope; hémorrhagie. — Ligature de l'artère iliaque externe; récidive de l'anévrisme. — Mort causée par la phthisie pulmonaire.**

M. Mettereau, âgé de vingt-trois ans, né à Nort (Loire-Inférieure), est venu me consulter le 19 mai 1854 pour une tumeur volumineuse qu'il portait à la partie antérieure et externe de la cuisse droite.

Ce jeune homme a toujours eu une bonne santé; cependant il dit que tous les deux ou trois mois il a des étouffements accompagnés d'une toux sèche et fréquente, qui durent plusieurs jours et disparaissent sans traitement particulier.

Il y a quinze ans, il reçut à la cuisse droite un coup de pied de cheval; cet accident n'eut aucune suite grave, et il serait peut-être difficile de lui attribuer l'origine de la tumeur, qui n'a commencé à paraître que depuis un an.

Au début, cette tumeur était petite, mobile, indolente au toucher; mais son apparition coïncida avec un peu d'engourdissement et quelques douleurs vagues dans tout le membre. Elle s'accrut rapidement sans donner lieu à d'autre symptôme que la gêne occasionnée par son volume.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, voici ce que je constatai :

A la partie antérieure et externe de la cuisse existait une tumeur ayant la forme d'une demi-sphère, offrant dans toute son étendue la consistance d'un corps fibreux, occupant en hauteur tout le tiers moyen du membre et ayant pour limite en dedans l'artère fémorale, dont il était possible de l'isoler complétement.

Lorsqu'on prenait cette tumeur à pleine main et qu'on lui imprimait des mouvements de latéralité, on voyait qu'elle était très-mobile, et lorsqu'elle revenait à sa place on sentait une secousse, je dirais presque un bruit, analogue à ce qui se passe au moment de la réduction d'une luxation. Il semblait, en effet, que par sa face profonde la tumeur était creusée d'une gouttière qui s'adaptait à la convexité du fémur. Les mouvements de haut en bas étaient très-bornés.

Le muscle droit antérieur était soulevé par la tumeur et s'étalait sur elle de manière à lui fournir une enveloppe qui était complétée en dehors par le vaste externe.

Du reste, pas de douleur à la pression, pas de fluctuation, aucun signe qui pût me permettre d'arriver à un diagnostic précis, lorsqu'enfin je sentis au-dessus de la tumeur de légers battements qui fixèrent mon attention. J'auscultai et j'entendis très-distinctement un bruit de souffle simple, sensible surtout en haut et en dehors. Ce bruit diminuait ou même disparaissait lorsqu'on pressait sur la tumeur avec l'oreille ou le stéthoscope. Je ne pus constater aucun indice d'un mouvement d'expansion.

En comprimant l'artère crurale sur le pubis, on suspend complétement le bruit de souffle dans la tumeur ; on arrive au même résultat en comprimant directement au-dessus de la tumeur. Dans ce point, on sent une artère dont on peut suivre le trajet jusqu'au-dessous du pli de l'aine vers le point d'origine de la fémorale profonde : cette artère ne pouvait être que la grande musculaire externe.

J'avais donc sous les yeux un *anévrisme de l'artère grande musculaire externe*, contenant une grande quantité de caillots fibrineux.

Je fis entrer le malade à l'Hôtel-Dieu (pavillon des pensionnaires), et mes collègues purent tour à tour l'examiner et confirmer le diagnostic tel que je viens de l'exposer ; après quoi, je demandai l'avis de chacun sur le parti à prendre relativement au traitement. (Ces consultations, qui ont lieu en présence des élèves, auxquels elles sont très-utiles, sont en usage à l'Hôtel-Dieu de Nantes chaque fois qu'il se présente un cas de chirurgie difficile ou curieux.)

Parmi les divers moyens que possède la science pour le traitement des anévrismes, la *compression directe ou indirecte* et la *ligature de l'artère musculaire externe* furent plus spécialement l'objet de la discussion que je soulevai à cette occasion.

La compression fut rejetée, bien qu'elle pût offrir quelques chances favorables, parce que nous étions tous sous l'influence d'un insuccès récent dans un cas d'anévrisme de l'artère poplitée, qui, malgré une compression faite pendant plusieurs mois alternativement sur le pubis et sur le triangle inguinal, avait pris un accroissement tel que l'amputation de la cuisse dut être pratiquée (*voir* plus haut cette observation). Peut-être la compression, appliquée d'après les règles si bien formulées depuis par M. P. Broca, aurait eu un meilleur résultat. Probablement aussi la compression n'eût pas été rejetée pour mon malade, si le savant travail auquel je fais allusion eût été publié à cette époque.

Quoi qu'il en soit, la ligature de la musculaire externe nous parut une opération simple, rationnelle, exempte de dangers, et pouvant, en cas d'insuccès, permettre d'avoir recours à d'autres moyens.

Cette opération fut pratiquée le 24 mai.

Une incision de huit centimètres, faite dans la direction du bord interne du muscle droit antérieur, met à découvert le bord externe du couturier, que je rejette en dedans ; je pénètre entre ces muscles, que je fais écarter l'un de l'autre au moyen de larges crochets mousses ; leur aponévrose d'enveloppe est incisée sur la sonde cannelée, et l'artère avec ses veines satellites paraît au fond de la plaie, recouverte par un autre feuillet aponévrotique qui fut incisé comme le premier. Les vaisseaux croisaient obliquement la direction de la plaie, et avaient exactement la position que les battements de l'artère avaient révélée.

Le volume de chacun de ces vaisseaux était presque égal à celui d'une plume d'oie de moyenne grosseur. L'artère a une couleur violacée, mais bien plus pâle que celle des veines; ses parois sont souples, sans inégalités ni ossifications.

En dehors des vaisseaux, on voit un filet nerveux assez volumineux.

Il fut facile d'isoler l'artère et de passer au-dessous la ligature. En comprimant le vaisseau sur l'anse de fil, on faisait cesser complétement le bruit de souffle dans la tumeur. Ce n'est qu'après avoir répété cette expérience plusieurs fois, que je serrai le fil au moyen d'un double nœud.

Pendant l'opération, je remarquai une petite artère qui suivait le bord du muscle droit antérieur, dans les fibres duquel elle paraissait

se perdre. Cette circonstance, à laquelle je fis peu d'attention alors, mérite d'être notée, ainsi qu'on le verra plus tard.

Après la ligature, on constata immédiatement dans la tumeur un affaissement, un mouvement de retrait qui en diminua le volume d'un cinquième environ. — Pansement simple; bandage roulé sur le membre et compression très-modérée sur la tumeur; diète.

Deux jours après l'opération il survint de la fièvre sans frisson, accompagnée de toux, de point de côté et d'une expectoration sanguinolente. Les battements du cœur sont très-énergiques; céphalalgie. Une saignée du bras est pratiquée, le sang est couenneux; une seconde saignée et un vésicatoire sur le côté firent disparaître les accidents.

La ligature tomba le dixième jour, mais la cicatrisation de la plaie marcha lentement; je craignis même un instant la pourriture d'hôpital, et je ne cherchai point à retenir le malade, qui désirait retourner dans sa famille, et dont le séjour à l'Hôtel-Dieu a été d'un mois.

La tumeur avait considérablement diminué de volume; elle était réduite de plus de moitié, et bien souvent j'avais constaté par l'auscultation qu'aucun mouvement sanguin ne s'y était fait sentir.

Le jour du départ du malade, je voulus l'examiner de nouveau, persuadé que la guérison était assurée; mais je crus entendre un petit frémissement qui me parut de mauvais augure. Je fis part de mes craintes au docteur Vaugiraud (de Nort), aux soins éclairés duquel M. Mettereau allait être confié.

Mes craintes n'étaient que trop fondées. Le bruit de souffle se manifesta bientôt d'une manière évidente, et la tumeur devint, en outre, le siége de battements et d'un mouvement d'expansion très-marqués. Le sang arrivait à la tumeur par une artère qu'on sentait très-distinctement dans la direction du bord interne du muscle droit antérieur; c'était, sans aucun doute, la petite artère que j'avais remarquée pendant l'opération, et qui, ayant acquis un volume aussi considérable que l'artère que j'avais liée, s'était ouverte dans le sac anévrismal. En la comprimant, on faisait cesser le bruit de souffle et les battements; et en continuant la compression pendant quelque temps, la tumeur s'affaissait beaucoup, ce qui prouve qu'elle contenait peu de fibrine stratifiée et beaucoup de sang liquide. On eut recours de nouveau à la compression, qui fut portée principalement sur l'artère afférente. Malgré ce moyen, la tumeur continua de s'accroître, et avait repris son ancien volume à la fin du mois d'août, époque à laquelle M. Mettereau revint à Nantes pour me consulter. C'est alors que j'eus l'occasion de le faire voir à mon excellent confrère le docteur Chassaignac, qui par-

tagea mon avis sur la nécessité de renoncer à la compression et d'employer un autre moyen.

La ligature de l'artère afférente ne pouvait me faire espérer de plus heureux résultats que la première fois. Les artères de petit volume en rapport avec la tumeur pouvaient se dilater et s'ouvrir encore dans le sac, ou bien le sang pouvait revenir par l'extrémité inférieure des vaisseaux. Ce qui s'était passé ne prouvait-il pas que les vaisseaux de cette région avaient une disposition toute particulière à se laisser distendre, et qu'il fallait, par conséquent, diminuer la force du courant sanguin qui y arrivait, en s'attaquant au tronc principal du membre ?

J'ai toujours considéré la ligature de l'artère crurale au-dessous du ligament de Fallope comme une opération peu sûre, à cause de la brièveté du cul-de-sac où doit se former le caillot, et parce que, dans ce point, des mouvements nombreux qu'il est impossible d'éviter doivent nécessairement se faire sentir jusqu'au niveau de la ligature, circonstances qui expliquent très-bien les hémorrhagies qu'on a observées trop souvent à la suite de cette opération.

Cependant, craignant d'être accusé de témérité en portant la ligature jusque sur l'artère iliaque externe, encouragé d'ailleurs par M. Chassaignac, je me décidai à lier l'artère fémorale à sa partie supérieure.

Je pratiquai l'opération le 12 septembre, en présence de MM. Vaugiraud et Périgaud, médecins à Nort.

Un fil ciré double fut employé pour la ligature. Pansement simple retenu en place par deux bandelettes de sparadrap. Le membre, légèrement fléchi, est posé sur des coussins, et la jambe est entourée de sacs remplis de son chauffé.

La douleur a été peu vive au moment de la striction du fil; mais quelques instants après, engourdissement très-pénible dans tout le genou, et un peu dans le pied. La tumeur s'est affaissée immédiatement après la ligature bien plus qu'après la première opération, ce qui prouve, comme je l'ai déjà dit, que la quantité de fibrine stratifiée avait diminué dans le sac.

Dans la soirée, la tumeur devint dure, tendue, très-douloureuse à la pression. Ces douleurs se calmèrent aux approches de la nuit, et alors la tumeur reprit le caractère qu'elle avait immédiatement après l'opération. La circulation se rétablit promptement dans le membre, et les applications chaudes ne furent continuées que deux jours.

Le 15, des symptômes de pléthore nécessitèrent une saignée du bras, qui soulagea instantanément le malade.

Le 19 au soir, septième jour après l'opération, M. Mettereau fit quel-

ques efforts pour aller à la selle, et sentit tout à coup le sang s'échapper en abondance par la plaie. Il porta la main sur le pubis et comprima lui-même l'artère pendant qu'on allait chercher les médecins. Ceux-ci continuèrent la compression et envoyèrent immédiatement un exprès à Nantes pour me prévenir.

Il avait suffi de comprimer l'artère pendant une heure pour suspendre l'hémorrhagie. Cependant mes deux confrères n'avaient pas cru devoir quitter le malade, et je les trouvai près de lui le lendemain matin.

Un caillot existait dans la plaie autour du fil de la ligature ; l'artère crurale battait au-dessus et jusqu'au centre de la plaie avec une énergie extraordinaire, et il était facile de comprendre qu'il n'y avait pas eu de travail d'oblitération.

L'artère tégumenteuse abdominale avait pris un développement considérable, et on pouvait suivre avec les doigts ses ramifications sur l'abdomen.

L'artère circonflexe iliaque est aussi très-dilatée, ainsi que le révèle la force de ses pulsations, qu'on distingue très-facilement. Cette artère fournit une branche qui, naissant au voisinage de l'épine iliaque inférieure, descend presque en ligne droite en dehors de la tumeur, jusqu'à la partie inférieure de laquelle on peut la suivre.

La tumeur est dure, un peu douloureuse au toucher ; mais elle ne présente ni battements ni bruit de souffle.

Pendant que nous étions réunis près du malade, l'hémorrhagie se reproduisit. M. Vaugiraud la suspendit de nouveau en exerçant la compression, et je m'empressai de pratiquer la ligature de l'artère iliaque externe.

Une incision de 6 centimètres fut faite dans la direction d'une ligne qui, partant à 1 centimètre en dehors de l'artère, remonterait à quelques centimètres en dehors de l'ombilic (procédé de M. Malgaigne).

Les doigts de l'aide qui comprimait l'artère me forcèrent à porter la limite inférieure de l'incision, ainsi qu'on vient de le voir, non pas à *quelques millimètres*, mais à 1 centimètre au moins en dehors du vaisseau.

L'artère sous-cutanée abdominale fut coupée entre deux ligatures. L'aponévrose du grand oblique, bien dénudée jusqu'au ligament de Fallope, fut fendue sur la sonde cannelée dans la direction de la plaie; le doigt put alors facilement soulever le petit oblique et arriver sur 'artère. Afin de faciliter l'opération, il fallut débrider l'ouverture en

dehors en coupant avec le bistouri boutonné quelques fibres du petit oblique.

Pour soulever l'artère et l'isoler, je me servis d'une petite algalie d'argent, dont l'extrémité mousse éloignait toute crainte de léser les vaisseaux, et qui, remplissant exactement le même office que l'aiguille d'A. Cooper, me parut préférable à cet instrument. Les yeux de la sonde, placés vis-à-vis l'un de l'autre, entraînèrent un fil ciré double sous le vaisseau, qui fut lié après que je me fus assuré qu'il était bien isolé.

Alors les battements qui avaient lieu dans la plaie cessèrent, et en même temps cessèrent aussi les battements de la circonflexe iliaque et de l'artère qui en naissait et descendait au côté externe de la cuisse.

L'application de cette ligature n'a causé que très-peu de douleur, et on comprend qu'elle n'a pas eu de retentissement bien notable dans tout le membre, dont la température n'a pas même été modifiée.

Le 30 septembre, dix jours après l'opération, M. le docteur Vaugiraud m'adresse la note suivante :

« Votre opéré, cette fois, me paraît dans un état des plus satisfai-
» sants. Nous avons soin d'entretenir la faiblesse par une diète sévère ;
» aucun trouble général n'est survenu ; la suppuration de la plaie est
» de bonne nature ; les chairs sont fermes, rosées et bien disposées à
» la cicatrisation. La tumeur a considérablement diminué.

» La ligature de la crurale vient de tomber. »

Le 8 octobre, les nouvelles que je reçois sont de plus en plus rassurantes :

« La ligature est tombée hier soir, seize jours après avoir été posée.

» La tumeur a tellement diminué de volume que la guérison est as-
» surée. Pas de fièvre ; sommeil paisible ; bon appétit, que nous nous
» gardons bien de satisfaire complétement.

» Le succès sera complet et définitif. »

Le 29 octobre, appelé à Nort avec M. J. Maisonneuve pour voir un malade atteint d'une affection chirurgicale des plus graves, je priai mon savant et habile confrère de visiter avec moi M. Mettereau.

La tumeur était considérablement réduite ; mais au lieu de former un noyau dur et résistant, ainsi qu'on l'observe en général dans les anévrismes en voie de guérison, elle était aplatie et présentait une certaine mollesse.

L'auscultation me révéla l'existence d'un frémissement qui me rappela celui que j'avais entendu un mois après la première opération ; j'exprimai mes craintes à M. Maisonneuve, qui me rassura, déclara

qu'à ses yeux la guérison n'était pas douteuse, et approuva cependant la pensée d'établir une légère compression sur le membre afin de modérer la force du courant sanguin dans les artères voisines de la tumeur. Cette précaution me semblait nécessaire, en raison du développement qu'avaient pris de nouveau les artères de cette région ; c'est ainsi que la circonflexe iliaque et l'artère qui en naissait, pour descendre à la partie externe de la cuisse, étaient revenues perméables et avaient un volume considérable.

Malgré cette compression, qui fut surveillée avec soin par le docteur Vaugiraud, la récidive ne put être conjurée, et l'anévrisme reprit peu à peu son ancien volume ; ses enveloppes s'amincirent dans quelques points et firent craindre une rupture dans un avenir prochain. En même temps la santé générale s'altéra ; la toux devint fréquente, mais sans expectoration. A une faiblesse, à un amaigrissement extrêmes se joignit du découragement, et Mettereau déclara qu'il se refuserait à l'avenir à toute opération.

Cependant, l'art possédait encore des ressources : on pouvait attaquer la tumeur par des moyens directs ; l'opération par l'ouverture du sac, l'extirpation de la tumeur, les injections coagulantes. Mais en face de la volonté inébranlable du malade, nous dûmes nous borner à des applications réfrigérantes et à la compression au moyen d'un tourniquet auquel on adapta une plaque métallique dont la forme correspondait à celle de l'anévrisme.

Cette compression, ou plutôt cette contention empêcha la tumeur de s'accroître. Il semblait même, pendant quelque temps, que des caillots solides s'étaient formés dans le sac.

Mais peu à peu l'état général s'aggrava, et le malade succomba dans le mois de septembre 1855, aux progrès de la phthisie pulmonaire.

L'autopsie n'a pu être faite.

Je dois mentionner en terminant que malgré les efforts provoqués par une toux fréquente, il ne se forma pas de hernie au niveau de la plaie pratiquée pour la ligature de l'artère iliaque externe.

Note sur un anévrisme du genou.

Je ne puis résister au désir d'ajouter aux deux observations précédentes quelques mots sur un fait qui me paraît digne d'intérêt, et que j'ai cru devoir intituler *Anévrisme du genou.*

Je n'ai pas été à même d'examiner assez souvent le malade qui fait le sujet de cette observation pour donner un exposé complet de la marche de cette curieuse affection ; cependant je regretterais de laisser

en oubli les notes que j'ai recueillies à cette occasion et que je transcris fidèlement ici.

Pendant l'été de 1846, passant en voiture dans un village de la commune de Soullans (Vendée), je fus arrêté par un homme nommé Caillon, qui travaillait dans un champ voisin, et qui me demanda ce qu'il devait faire pour se débarrasser d'une douleur sourde qu'il avait depuis plusieurs mois au genou droit.

A la distance où je me trouvais de cet homme, il me sembla que son genou était un peu gonflé : je lui conseillai quelques jours de repos, des frictions d'huile camphrée, et je passai outre.

Deux mois après, je fus appelé pour visiter ce malade.

En arrivant près de lui, je fus véritablement consterné de l'état dans lequel je le trouvai.

Le genou présentait un gonflement énorme, qui rappelait très-bien à première vue certaines tumeurs blanches dans lesquelles la peau, distendue outre mesure, est sur le point de s'ulcérer.

La peau d'ailleurs avait conservé sa couleur normale; elle était soulevée par des vaisseaux que je pris d'abord pour des veines.

La cuisse, très-amaigrie, faisait paraître le genou plus gros. La jambe était un peu œdématiée, placée dans la demi-flexion et depuis longtemps condamnée à l'immobilité.

Quand j'appliquai la main sur le genou, elle fut soulevée avec force par des battements isochrones aux battements du pouls; ces battements, du reste, étaient très-sensibles à la vue.

En comprimant un peu fortement la tumeur, on sentait un bruit de frottement, une sorte de vibration très-énergique.

L'oreille y entendait un double bruit de souffle: le premier, très-fort, que je comparerais volontiers à celui d'un gros soufflet de forge; le second, plus faible, se confondant en partie avec la fin du premier bruit.

Ce double bruit se retrouvait dans tout le trajet de l'artère crurale. Cette artère était dilatée énormément, et avait un volume à peu près égal à celui de l'aorte abdominale; ses parois ne paraissaient point être le siége d'ossifications.

En arrière, l'artère poplitée se perdait dans les parois postérieures de la tumeur. Là on sentait que le choc du liquide était bien moins fort qu'en avant; aucune saillie anormale n'existait dans le creux du jarret, dont la forme était encore assez bien conservée.

Dans le tiers inférieur de la cuisse, et surtout dans les points correspondant aux condyles du fémur, existent, sous la peau, des artères

nombreuses formant un riche réseau et ayant, pour la plupart, le volume de l'artère radiale ; ces artères semblaient venir s'ouvrir dans la tumeur.

A la partie inférieure de la jambe, on retrouve les battements de l'artère tibiale postérieure plutôt affaiblis qu'exagérés.

En comprimant l'artère crurale pendant quelque temps, cette vaste poche anévrismale s'affaissait, et alors on reconnaissait qu'il existait entre le fémur et le tibia un espace très-considérable résultant de la destruction de la plus grande partie des condyles de ces deux os.

Pendant que l'artère était ainsi comprimée, il était possible d'imprimer à la jambe des mouvements de latéralité ; mais quand on laissait le sang revenir dans la tumeur, la distension des parois était telle que tout mouvement devenait impossible.

Le peu d'œdème de la jambe, l'état à peu près normal dans lequel j'avais trouvé l'artère tibiale postérieure, la forme du genou et surtout du creux poplité, l'aspect des parties la première fois que je vis le malade, semblent prouver que l'artère poplitée était étrangère à l'anévrisme, et que celui-ci avait pour siége les artères articulaires et probablement le tissu osseux de l'extrémité inférieure du fémur.

Le malade était très-amaigri, d'une faiblesse extrême, et les souffrances qu'il éprouvait le privaient entièrement de sommeil.

J'invitai plusieurs confrères à venir le visiter, et, comme moi, ils ne virent d'autre ressource que dans l'amputation de la cuisse. Mais cette opération n'était pas sans danger, à cause de la dilatation extrême de l'artère crurale. Elle fut d'ailleurs énergiquement refusée par le malade et par sa famille.

J'ai appris depuis que quinze jours environ après notre visite, le sac anévrismal s'était ouvert, et que la mort avait été presque instantanée.

— La Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Dr A. Verneuil.

Séance du 27 février 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur énorme et indéterminée du poignet. — M. Larrey. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade de la ville qui porte au poignet gauche une tumeur d'un volume considérable, dont l'origine ancienne, le développement progressif et les rapports anatomiques me semblent offrir de l'intérêt et des difficultés au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Voici d'abord le résumé des antécédents de l'observation :

M. L..., âgé de trente et quelques années, de petite taille et de forte constitution, est musicien et maître de piano (circonstance à noter). Il fait, en 1846, un effort du poignet en luttant de force avec l'un de ses amis. Une douleur assez vive et instantanée ressentie vers la région dorsale de la main, qui s'était brusquement fléchie, l'oblige aussitôt à cesser tout mouvement de ce côté ; mais la douleur n'est point accompagnée d'une sensation de craquement, et elle disparaît assez vite. M. L..., rentré chez lui, se met au piano, et il ressent encore la douleur, il cesse et ne l'éprouve plus, il recommence et l'éprouve de nouveau. Le médecin consulté ne constate aucune lésion appréciable vers le point douloureux, si ce n'est une douleur à la pression, au niveau à peu près des tendons extensèurs de l'index et du médius, et il conseille simplement des lotions résolutives, en engageant même M. L... à continuer ses occupations habituelles.

Cependant au bout de six mois, une petite tumeur apparaît dans l'endroit même où s'était manifestée la douleur. Cette tumeur, d'après les indications que nous a données le malade, pouvait être un kyste synovial; mais un autre médecin, consulté alors, la considère comme une exostose, et prescrit divers traitements inutiles pendant trois années.

La tumeur augmente de volume, peu à peu d'abord, d'une manière plus marquée ensuite, assez rapidement enfin pour mesurer 26 centimètres dans sa plus grande circonférence. Son accroissement semble se faire dès lors par des bosselures surajoutées les unes aux autres, en provoquant des douleurs proportionnelles mais passagères. C'est dans ces conditions que M. L... s'adresse à un chirurgien habile (M. Thierry),

qui lui fait appliquer sans résultat un emplâtre de ciguë et d'autres topiques. Il consulte également divers autres praticiens, mais sans suivre leurs recommandations, jusqu'à ce que, détourné de se confier aux ressources de l'art, il se livre aux conseils empiriques des magnétiseurs, des somnambules et des homœopathes. Tous lui promettent successivement la guérison, et lui prescrivent les remèdes les plus bizarres, les plus inutiles ou les plus innocents, pour n'en rien dire de plus. Le malade s'y soumet jusqu'en 1855, avec une persévérance tout à fait regrettable.

Il consulte enfin M. le professeur Velpeau, qui, à première vue, lui déclare qu'il doit se soumettre à l'amputation du membre, comme seule ressource pour être débarrassé de sa tumeur. Mais avant de se résigner à cette triste détermination, M. L... a occasion de voir, vers la fin de février 1856, M. l'inspecteur Alquié, directeur de l'école du Val-de-Grâce, qui veut bien me l'adresser aussitôt.

Voici maintenant dans quel état se présente le malade à notre examen :

Il porte au poignet gauche une tumeur énorme, plus volumineuse que la tête d'un enfant nouveau-né, circonscrivant toute cette région d'une manière assez tranchée, quoique irrégulière, très-saillante surtout à la région dorsale, où elle offre plusieurs bosselures semblant superposées les unes aux autres. La peau, fortement distendue, est lisse et amincie dans différents points, offrant dans sa couleur normale des teintes blanches, rosées ou bleuâtres et des veinosités qui sillonnent sa surface. Point de plaie d'ailleurs ni d'ulcération. La circonférence du plus grand diamètre de la tumeur mesure 47 centimètres. Sa consistance générale est dure à différents degrés, formant une sorte de coque osseuse imparfaite ; mais elle est molle, dépressible et même semi-fluctuante dans deux ou trois de ses bosselures ; la pression du doigt, dans quelques points, y fait sentir une sorte de crépitation fibro-cartilagineuse, sans déplacement de matières solides ou liquides. On perçoit le pouls radial, mais comme si l'artère avait subi un soulèvement et une déviation sensibles. Une sensation de chaleur marquée est perceptible à toute la surface. Les mouvements de totalité ou en masse de la tumeur sont très-bornés dans une partie de sa circonférence, et nuls plus profondément, surtout vers la région radio-carpienne.

Les rapports extérieurs sont les suivants :

La tumeur forme un bourrelet volumineux enveloppant tout le tiers inférieur de l'avant-bras, qui au-dessus est intact jusqu'au coude; tandis que du centre de ce bourrelet sort comme d'un manchon la

main tout entière parfaitement conformée, sans gonflement, sans œdème, sans décoloration ni amaigrissement, conservant enfin presque toute l'agilité de ses doigts pour les mouvements usuels aussi bien que pour le jeu du piano, à moins de fatigue ou d'exercice trop prolongé.

D'après cette disposition, il n'est pas probable que la tumeur procède de l'intérieur de l'articulation du poignet, ni même des tendons, qui ne paraissent pas sensiblement déplacés. Elle ne dépend pas non plus du cubitus, dont on sent la diaphyse intacte dans toute sa longueur. Cet os semble même un peu allongé, quoique non dévié, d'après la saillie de son apophyse styloïde. Mais il n'en est pas de même du radius, dont le tiers supérieur est seul appréciable ; les deux tiers inférieurs se trouvent sinon désorganisés, du moins entièrement cachés par la portion correspondante de la tumeur. Y aurait-il eu dans le principe une fracture méconnue de cet os, et ultérieurement une dégénérescence du cal, soit ostéo-sarcomateuse, soit vasculaire ou autre? C'est ce qu'il semble impossible de savoir aujourd'hui.

Je serais plus porté à croire qu'il a existé primitivement un kyste synovial de la région dorsale du poignet, entretenu et augmenté progressivement par l'exercice habituel du piano, jusqu'à déterminer enfin le développement et les complications de l'énorme tumeur dont la base semble appuyée sur l'aponévrose, et dont l'ensemble, paraissant de nature fibro-cartilagineuse, formerait une sorte d'enchondrome. Ajoutons que son augmentation progressive s'effectue par des soulèvements partiels, successifs et spontanés, accompagnés de douleurs plus ou moins vives, comme celles qui résultent d'ailleurs des pressions un peu fortes. Quoi qu'il en soit, je n'émets mon opinion sur le diagnostic de cette tumeur qu'avec une extrême réserve.

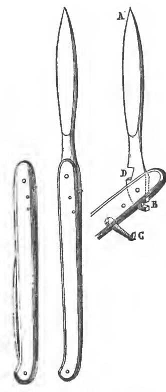
Reste à savoir ce qu'il convient de faire en présence d'un cas aussi difficile. Peut-on tenter l'extirpation de la tumeur, en conservant la main, ou faut-il en venir d'emblée à l'amputation de l'avant-bras? J'avoue qu'il me serait pénible de déclarer au malade la nécessité de ce sacrifice extrême, sans lui laisser auparavant l'espoir ou la chance de l'en préserver, par une opération bien compliquée sans doute et incertaine, mais justifiée par les considérations précédentes.

C'est donc afin de m'éclairer doublement de l'avis de mes honorables collègues sur la nature et les rapports de cette tumeur et sur la décision à prendre pour en débarrasser le malade que je viens faire cette présentation à la Société.

(La discussion est ajournée à la séance prochaine.)

— M. Larrey donne des nouvelles de l'enfant auquel M. Maisonneuve a pratiqué l'anus artificiel à la région lombaire. Une tentative de réduction de l'invagination est restée sans succès. — L'observation entière sera suivie et communiquée ultérieurement.

— M. Marjolin présente un bistouri de la part de M. Lüer. La modification réside dans un engrenage destiné à fixer la lame lorsque l'instrument est ouvert.



— La Société se forme en comité secret à quatre heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

Séance du 5 mars 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Gaujot adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse ***sur la réduction des luxations de l'épaule par le refoulement uni à l'élévation du bras.***

— M. Marjolin donne lecture d'une lettre de M. le docteur Mattei contenant des remarques sur la communication récente de M. Cazeaux relative à l'hydrocéphale externe.

M. Cazeaux réfute ces objections. M. Mattei pense, dit-il, que les deux cas que j'ai rapportés ont trait à des infiltrations séro-sanguines comme celles qu'on trouve souvent sur la surface externe du crâne des enfants morts dans le sein de la mère depuis huit, dix ou quinze jours. Cette interprétation est inadmissible en présence des détails que j'ai donnés; il ne s'agissait point d'infiltrations, mais bien de collections liquides, séreuses, renfermées dans des poches distinctes, s'étant vidées instantanément par une ponction très-petite; la quantité de liquide évacué aurait rempli un verre ou à peu près. Il est impossible de retrouver là aucun des caractères de l'infiltration, que tout le monde connaît et a observé soit dans cette région, soit dans toute autre. L'explication de M. Mattei n'est donc nullement fondée.

La lettre de M. Mattei sera déposée aux archives.

DISCUSSION.

La discussion s'engage sur le malade présenté dans la dernière séance par M. Larrey, et qui offre une volumineuse tumeur de la partie inférieure de l'avant-bras.

M. Lenoir. Le cas est très-difficile et l'obscurité du diagnostic laisse également beaucoup d'hésitation dans le traitement.

Il existe un allongement manifeste du cubitus et un gonflement de la partie inférieure du radius qui feraient croire que les os sont le point de départ de la tumeur; le toucher donne de plus une sorte de crépitation analogue à celle des kystes osseux; mais, d'un côté, les

tendons ne sont point soulevés, les mouvements sont libres, ce qui serait difficile à expliquer si la tumeur a une implantation profonde.

M. Lenoir avait songé un instant qu'il s'agissait d'une affection fongueuse des gaînes tendineuses, maladie peu connue, et dont il a eu l'occasion d'observer déjà trois cas, une fois au poignet, deux fois au cou-de-pied.

La tumeur du poignet était portée par une jeune fille; elle avait le même siége, la même apparence que celle du malade de M. Larrey. Mollasse, bosselée, cette production avait acquis le volume de deux gros œufs de dinde; elle n'était point douloureuse et laissait les mouvements libres.

Plusieurs moyens avaient été employés sans succès, à savoir : la cautérisation transcurrente, les eaux minérales, qui dans un cas semblable avaient réussi à M. Robert.

M. Lenoir diagnostiqua une tumeur fibro-plastique des gaînes tendineuses et entreprit l'extirpation. Il fut obligé de disséquer les tendons les uns après les autres, comme s'il s'agissait d'une préparation d'amphithéâtre, et vérifia la justesse du diagnostic.

La réunion immédiate réussit; la malade guérit et conserva l'intégrité des mouvements.

Cependant, dans le cas actuel, cette hypothèse ne peut être acceptée, car la physionomie de la tumeur n'est pas la même, et d'ailleurs le gonflement du radius, l'allongement du cubitus ne s'expliqueraient point dans le cas de maladie des gaînes.

Il y a donc dans cette affection des symptômes contradictoires qui ne permettent guère de s'arrêter à un diagnostic précis. Peut-être n'aura-t-on pas d'autres ressources que l'amputation.

M. Larrey rappelle en quelques mots les caractères et la marche de la maladie. Il établit que le siége primitif n'est point dans les os, et que la supposition d'un cancer n'est guère admissible. Il ne voudrait pas recourir d'emblée à l'amputation, mais tenter d'abord une extirpation, quitte à couper l'avant-bras si cela devenait inévitable.

M. Verneuil pense qu'il serait important de faire une ponction exploratrice; quelques points sont fluctuants et la constatation de la nature du liquide pourrait éclairer le diagnostic. Dans l'incertitude où l'on est, il est bon de faire remarquer que la maladie a débuté comme les ganglions à la suite d'un effort, dans le siége habituel de cette affection, chez un pianiste; on sait que cette tumeur est commune chez les personnes qui exercent cette profession. Elle s'est accrue par jetées successives et par l'apparition assez brusque de nouvelles bosselures;

enfin elle présente une consistance inégale, des mamelons, des lobes, toutes particularités qu'on rencontre dans les tumeurs synoviales du poignet. On n'a point, il est vrai, signalé encore un volume aussi excessif dans les lésions de ce genre; mais la maladie est fort ancienne, et les kystes n'ont pour ainsi dire point de limites de volume quand ils datent de loin, qu'ils ont des parois résistantes et sont bridés par des tissus fibreux.

Le diagnostic n'en reste pas moins très-obscur; mais l'hypothèse d'une tumeur synoviale ancienne présente presque autant de vraisemblance que les autres.

M. Huguier a constaté aussi l'allongement du cubitus, mais cet os ne lui paraît pas prendre part à la formation de la tumeur. Ce qui prouve l'allongement passif du cubitus, c'est que l'apophyse styloïde de cet os s'est rapprochée de l'extrémité phalangienne du cinquième métacarpien. Malgré l'augmentation de volume du radius, il ne croit pas que la tumeur procède de cet os, car les tendons seraient déviés, soulevés, et les mouvements n'auraient pas conservé leur intégrité complète; la main elle-même serait déformée ou au moins inclinée d'un côté quelconque.

M. Huguier pense que la maladie siége dans l'aponévrose d'enveloppe, les ligaments annulaires du carpe, les gaînes, en un mot, l'appareil fibreux compliqué qui entoure la région malade.

Elle a eu pour point de départ une violence extérieure, une déchirure des tissus fibreux péri-articulaires survenue dans l'effort qu'a fait le malade pour renverser le bras de son adversaire.

Tout récemment il a vu un cas analogue. Une jeune femme très-vigoureuse, luttant de la même manière, sentit une douleur vive au poignet. Il se forma rapidement une tuméfaction volumineuse, siégeant sans doute dans les gaînes, et entourant de la même manière l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Cette tumeur était fluctuante et due à une véritable hydropisie des tissus synoviaux de la région.

Dans le cas de M. Larrey, comme dans celui-ci, la tumeur est interrompue au niveau du bord interne du cubitus, là où précisément cet appareil fibreux fait défaut.

— M. Larrey lit un rapport sur les travaux de M. Riberi (de Turin), et propose de le nommer associé étranger.

Messieurs,

J'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, en novembre dernier, de la part de M. le professeur Alexandre Riberi, de

Turin, un ouvrage en deux volumes, avec la demande de cet éminent chirurgien d'être admis au nombre de nos correspondants étrangers.

Vous avez nommé une commission composée de MM. Denonvilliers, Marjolin et Larrey, pour vous rendre compte du livre de M. Riberi, et c'est le rapport de la commission que je viens vous soumettre aujourd'hui (1).

Sous le titre de (2) *Recueil d'opuscules, avec des annotations et additions d'arguments inédits*, M. Riberi a rassemblé en deux volumes les divers mémoires publiés par lui dans les journaux de médecine, et dont l'ensemble représente la plupart des questions importantes de la chirurgie.

Les observations citées ont été recueillies par des docteurs en médecine témoins des faits, et qui, dans bien des cas, ont revu longtemps encore les malades, pour connaître les résultats du traitement ou des opérations pratiquées. Nous ne saurions trop signaler tout d'abord cette manière de faire comme une condition indispensable, comme une garantie sûre de l'appréciation exacte des faits observés et de la valeur des matériaux utiles à la statistique chirurgicale.

Presque tous les mémoires reproduits dans ces deux volumes ont été analysés par la presse médicale lors de leur publication ; et tous sont empreints d'une haute idée de l'art unie à une bonne foi dans la science que la Société de chirurgie ne saurait trop honorer.

La série des faits ou observations insérés daus l'ouvrage est si considérable, que nous ne pourrions en faire l'analyse, même sommairement, sans dépasser de beaucoup les limites habituelles d'un rapport.

Mais si l'énumération et même la table des matières peut suffire pour la plupart des sujets déjà publiés, il en est quelques-uns d'inédits, ou de moins connus en France, et qui doivent fixer plus particulièrement l'attention de la Société.

Commençons par énumérer tous les titres d'observations ou têtes de chapitres de la publication du savant professeur.

Compte rendu de treize cystotomies et comparaison des deux méthodes d'extraire la pierre de la vessie urinaire, connues sous le nom de

(1) Je dois des remercîments particuliers au savant bibliothécaire du Val-de-Grâce, M. le docteur Buttura, qui a bien voulu m'aider avec toute obligeance dans l'analyse de cet ouvrage.

(2) *Raccolta delle opere minori con annotazioni e con la giunta d'argomenti inediti*, di Alessandro Riberi. Torino, 1851.

grand appareil latéralisé et de taille recto-vésicale, avec des observations sur les réflexions critiques faites par le professeur Vacca au professeur Géry. — Ce premier travail est un mémoire fort étendu, dans lequel M. Riberi discute avec autorité la question de l'opération de la taille, en appréciant complétement la méthode de Vacca Berlinghieri.

Cas de guérison de trois trajets fistuleux invétérés, communiquant avec le médiastin antérieur et entretenus par la présence de six éclats osseux détachés de la face interne du sternum. — L'énoncé de cette observation suffit pour en indiquer l'intérêt.

Lettre d'Alexandre Riberi au baron Dupuytren sur la taille bilatérale pour extraire la pierre de la vessie. — Cette lettre semble faire suite au précédent travail énoncé sur les deux autres méthodes de cystotomie.

Premiers essais de lithotripsie. — Sous ce titre l'auteur exprime la désignation à laquelle M. Heurteloup attache de l'importance, puisqu'elle indique elle-même un mode opératoire distinct des autres méthodes. De nouvelles observations sur la lithotripsie par percussion montrent la préférence de M. Riberi, qui du reste s'accorde avec l'opinion de la plupart des chirurgiens non spécialistes.

Onanisme avec ses graves conséquences; guérison par la rescision du clitoris et des petites nymphes. — Cette observation, recueillie chez une femme d'une quarantaine d'années, offre des particularités intéressantes.

Plusieurs faits prouvant l'usage probable de la prostate, avec un essai sur une rare anomalie de cette glande.

Pupille artificielle et mouvements de cette pupille.

Présence du lait dans la mamelle d'une petite fille d'un mois et demi.

Essai sur le spasme de la vessie dans l'urétro-cystotomie, et sur deux cas extraordinaires de calculs dans la vessie.

Cas remarquable de pseudo-cataracte, avec un essai sur la capsulite et la cristallidite.

De l'orchiectomie et de la valeur comparative des différentes méthodes et modifications de la nouvelle pratique.

Observations de lithotripsie avec quelques réflexions.

Abcès du sinus frontal gauche ouvert dans l'orbite, et guérison par une opération particulière.

Cas rare de varice anévrismatique de l'artère ischiatique droite.

Cas rare de pulsation des veines jugulaires internes et de celles des extrémités thoraciques.

Amaurose guérie par la strychnine et la noix vomique, par la méthode endermique.

Exostose épiphysaire extra-orbitaire guérie par l'extirpation.

Tableau des calculeux soumis à la cystotomie, à la clinique, de juillet 1837 à janvier 1839.

Résultats de l'excision du nerf sous-orbitaire gauche découvert à la suite d'une blessure de la joue, avec fracture comminutive de plusieurs os de cette région.

Trois cas de longue et abondante secrétion des mamelles sans grossesse.

Note relative à la nouvelle méthode attribuée au professeur Regnoli (de Pise) pour exciser la langue.

Sur les effets produits par la dégénérescence granuleuse de la conjonctive.

Rhino-géno-chéiloplastie avec remarques sur l'autoplastie. — Ce cas intéressant termine le tome Ier.

Voici l'indication des chapitres ou mémoires du tome II :

Sur le staphylome pellucide.

Traitement d'une tumeur fongueuse médullaire de l'orbite, venue à la suite de l'extirpation d'une tumeur de la même cavité.

Six guérisons au moyen de l'acupuncture, et réflexions sur ce moyen.

Sur les blessures et fistules du conduit de Sténon, et projets opératoires nouveaux.

Deux modifications à l'opération du phimosis.

Synchisis avec pseudo-cataracte ; guérison par la pupille artificielle : procédé Maunoir.

Introduction d'air dans une veine volumineuse pendant une opération.

Dix-sept cas de pieds équins opérés par la ténotomie.

Constriction du vagin vaincue par des incisions sous-muqueuses.

Monstruosité de la main.

Névralgie guérie par incision sous-cutanée.

Nouvelles vues relativement à la luxation de la tête de l'humérus avec fracture de son col.

Cas prouvant l'utilité de l'incision de la marge de l'iris pour le spasme de l'iris, dans l'extraction de la cataracte.

Blépharoplastie et son utilité.

Nécrose et extraction du condyle gauche du maxillaire inférieur.

Chéiloplastie avec modification heureuse.

Amputation du col utérin : cas qui la réclament.

Abcès de l'orbite à la suite d'une maladie du sinus frontal ; guérison par la perforation de la lame orbitaire et ethmoïdale.

Prompte guérison d'une blessure de la main, avec tendons découverts et isolés.

Résection de l'urètre chez une femme, avec réflexions sur cette nouvelle opération.

Tumeur érectile volumineuse du cou guérie par des injections de vin aromatique.

Sur les divers moyens conseillés contre les hémorrhoïdes internes, et perfectionnement de la ligature.

Bons effets de l'opium introduit dans la vessie pour certaines maladies.

Discours d'ouverture, 12 février 1856.

Deux observations de tétanos traumatique guéri par l'éthérisation.

Amputation de la verge ; modification à cette opération.

Sur la gangrène contagieuse ou nosocomiale. — C'est le compte rendu de l'épidémie de pourriture d'hôpital qui a régné en 1817, 1818 et 1819 à l'hôpital Saint-Jean de Turin, avec des notes sur les épidémies de 1848 à Turin et de 1849 à Alexandrie. Dans toutes ces épidémies, l'utilité des caustiques est démontrée.

Sur l'érysipèle contagieux. — Epidémie observée par l'auteur en 1819, et dont il a publié la relation en 1820.

Des trajets fistuleux et des fistules, ou des ulcères sinueux et fistuleux en général (53e et dernier chapitre de l'ouvrage).

Tel est le simple aperçu et pour ainsi dire l'inventaire des importantes questions cliniques traitées dans l'ouvrage du professeur Riberi, et reproduites en partie ou analysées dans les journaux de médecine.

Sous le titre de : ARGUMENTS INÉDITS, l'auteur traite à la fin de son ouvrage de diverses questions importantes, à savoir :

Six cas de cotyloïdite (ou coxalgie) aiguë, avec apparence d'élongation ; rapide guérison par les antiphlogistiques. — Ces six observations offrent ceci d'intéressant ; c'est qu'elles démontrent tous les caractères de la coxalgie aiguë, si différente de la forme chronique plus communément observée. Le membre affecté d'élongation apparente a repris chaque fois, à la guérison, sa longueur naturelle. Le froid humide, chez des sujets de dix à vingt ans, avait été chez tous la cause de la maladie.

Guérison de graves et profondes affections, carie et nécrose du premier métatarsien, sans amputation.

Deux cas d'abcès tonsillaires ouverts spontanément sur le côté gauche du cou, l'un d'eux lié à une dégénérescence de l'amygdale. — M. Riberi veut parler de certains abcès profonds de l'arrière-gorge, péritonsillaires plutôt que parenchymateux, et qui, heureusement assez

rares, présentent de grandes difficultés à l'ouverture artificielle. Il en cite deux cas fort compliqués.

A quel âge les enfants nés avec un bec-de-lièvre peuvent-ils être soumis à l'opération, et quel est le mode de suture préférable à employer? — Cette question, récemment et longuement discutée au sein de la Société de chirurgie, est traitée avec beaucoup de soin par M. Riberi. Après avoir fait connaître l'opinion des divers auteurs, il dit que pendant longtemps il a opéré dès le bas âge, souvent avec succès; mais que des insuccès par la suture entortillée l'ont décidé à ajourner l'opération à plusieurs années, à moins de nécessité contraire. Il n'applique plus que la suture enchevillée, et rapporte plusieurs observations à l'appui de sa pratique.

Trois cas d'abcès de la glande thyroïde ouverts dans la trachée; guérison. — M. Riberi a vu six fois la suppuration établie dans la thyroïde pénétrer dans les voies aériennes; mais chez trois malades on ne pouvait savoir si le mal avait débuté par la glande, tandis que dans les trois cas rapportés cela n'était pas douteux pour lui.

Suivent les observations.

Enorme tumeur kystique sous-linguale.

Varice anévrismale de l'artère fémorale.

Guérison de deux tumeurs volumineuses lardacées adhérentes au péritoine.

Corps étranger extrait de l'oreille au moyen de la séparation de la conque de son attache à l'os temporal, et par conséquent par l'ouverture de la paroi postérieure du conduit auditif.

Deux cas de diarrhée chronique guérie par une injection dans le rectum d'une solution de nitrate d'argent.

Observation d'une portion de kyste convertie en tégument.

Rétrécissement organique de l'œsophage guéri par la cautérisation précédée d'une légère dilatation. — M. Riberi, comparant les rétrécissements de l'urètre à ceux de l'œsophage, considère ceux-ci seulement comme de nature maligne dans la plupart des circonstances. Il a obtenu deux fois la guérison de rétrécissements de l'œsophage consécutifs à l'abus des alcooliques. L'obstacle, dans le premier fait relaté par lui, existait près du cardia, depuis plus de six mois, à un degré extrême. La dilatation graduelle et des cautérisations avec le nitrate d'argent amenèrent une guérison sans récidive.

Hydrophthalmie antérieure guérie par l'excision d'un lambeau de la cornée.

Résultat heureux d'une amputation de la cuisse, malgré la complication d'un vaste abcès. — M. Riberi pense, d'après plusieurs faits observés par lui, que lorsque des abcès tiennent à l'état d'un membre assez malade pour être amputé, l'opération peut être faite comme dans les cas ordinaires.

Modification à l'amputation partielle des os du métacarpe et du métatarse.

Cas peu ordinaire d'hydrocèle chez l'homme. — M. Riberi a eu occasion de rencontrer dans sa longue pratique trois exemples d'hydrocèle communiquant de la tunique vaginale à la cavité péritonéale, comme Sabatier en a rapporté un aussi, et comme notre éminent collègue M. Cloquet en a vu un autre. Mais dans les cas observés par l'habile chirurgien sarde, l'épanchement semblait avoir seulement refoulé le péritoine par l'anneau inguinal distendu, de manière à constituer une double tumeur dans la région inguino-scrotale et dans la région iliaque. La guérison a été radicale chez les trois malades par l'injection, que Sabatier rejette dans la crainte d'une péritonite. Chez l'un des malades, la portion abdominale de la tumeur était si volumineuse, qu'elle refoulait la vessie vers le côté opposé.

Réflexions sur divers arguments relatifs aux hernies étranglées (avec des développements assez étendus).

Mort par lacération de la veine émulgente droite.

Exostose sous-onguéale du gros orteil. — Dix fois M. Riberi a observé cette affection; dix fois il a suivi les conseils de Dupuytren, et toujours avec succès, en faisant l'excision lorsque la tumeur est molle, la résection lorsqu'elle est dure.

Luxation postérieure du cubitus, ou luxation huméro-cubitale postérieure, sans déplacement du radius. — Cette luxation, décrite par A. Cooper, par M. Sédillot et par d'autres chirurgiens, a été observée par M. Riberi à la suite d'une chute sur la paume de la main. Il la considère même comme assez fréquente, d'après les exemples qu'il en a vus lui-même; mais il croit aussi qu'elle est souvent méconnue. Quant à la réduction, elle lui semble praticable, même assez longtemps après l'accident. Il l'a obtenue dans un cas au delà du sixième mois. Deux autres faits ont été aussi observés par lui à sa clinique pendant l'année 1850.

Fissure anale avec spasme, guérie par l'excision. — M. Riberi préfère cette méthode à la cautérisation, aux diverses pommades, aux douches froides, à la dilatation, à l'incision, etc. Il la regarde comme facile, certaine et sans danger. Dix fois il a eu recours avec succès à

cette opération, qui se rapproche de celle proposée par Albucasis, Guy de Chauliac et Dionis pour la fistule.

Huit cas de résection des os maxillaires par cause de dégénérescences cancéreuses diverses, et description d'une énorme exostose de la paroi du sinus maxillaire. — Persuadé que pour le bien de la science, le praticien doit faire connaître ses revers comme ses succès, M. Riberi annonce que sept fois il a fait la résection, soit d'un seul, soit des deux os maxillaires supérieurs; et que dans tous les cas il a vu la récidive plus ou moins prompte du mal et la mort des opérés. Il n'a pas été plus heureux dans une résection du maxillaire inférieur, et il croit que si les chirurgiens étaient à même de revoir plus tard les sujets opérés par eux, ils pourraient constater les mêmes résultats. L'auteur fait, à ce sujet, une remarque; c'est que la récidive du cancer de la mâchoire supérieure est plus certaine et plus prompte lorsque le mal a débuté par le sinus que lorsqu'il procède des gencives. Quant au mode opératoire, M. Riberi accorde la préférence à celui de M. Gensoul.

Je regrette, messieurs, de ne pouvoir donner plus de développements à l'analyse des faits remarquables de la pratique de M. Riberi. Sa renommée chirurgicale n'a pas besoin d'éloges; elle est assez solidement établie en France, comme dans les autres contrées savantes de l'Europe, pour se passer des formules ordinaires d'un rapport de candidature. Il nous suffira de vous rappeler que le savant professeur de médecine opératoire à l'Université de Turin doit à son honorable caractère, autant qu'à ses utiles travaux, tous les titres dont il est justement revêtu : chirurgien du roi, sénateur, président du conseil militaire de santé, commandeur de la Légion d'honneur et de plusieurs ordres, membre correspondant de notre Académie de médecine, etc., etc. M. Riberi doit appartenir aussi à la Société de chirurgie, dans le rang que votre opinion lui assignera sans doute.

En conséquence, Messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer, pour seule conclusion de ce rapport, de nommer M. le professeur Riberi, de Turin, associé étranger de la Société de chirurgie.

Le vote de la Société est remis à une des séances suivantes.

— M. Boinet lit une observation de luxation de la rotule appartenant à la variété curieuse dite luxation de champ.

Les luxations de la rotule sont si rares, surtout la variété désignée sous le nom de luxation verticale ou de champ, que bien des praticiens placés à la tête d'un grand hôpital et ayant une longue pratique n'ont jamais été à même de l'observer. Cette variété de luxation de la rotule, dite luxation verticale, est si singulière et paraît au premier abord

si difficile à concevoir en raison de la disposition des surfaces articulaires du fémur, de la forme de la rotule et de la position de cet os dans cette luxation, que pendant longtemps elle a été mise en doute par bien des chirurgiens et regardée comme impossible. En effet, il paraît étrange que la rotule puisse dans un accident se placer de champ sur une surface aussi glissante que la poulie articulaire des condyles fémoraux et rester perpendiculairement dans cette position. Des faits très-authentiques et déjà nombreux sont venus démontrer la réalité de ce que la théorie semblait rejeter *à priori*. M. Malgaigne, dans un intéressant mémoire publié en 1836 dans la Gazette médicale *sur les luxations de la rotule*, relate huit observations de luxations verticales, auxquelles je m'empresse de joindre le fait que je viens d'observer avec mon confrère le docteur Marx. Outre l'intérêt qu'il peut offrir comme un fait rare, il servira à démontrer que la réduction de cette espèce de luxation peut être facilement et promptement obtenue par la flexion forcée de la jambe.

Le 21 février 1856, je fus appelé en toute hâte, rue des Martyrs, pour une jeune dame qui, me dit-on, venait de se luxer le genou.

Voici les renseignements que je recueillis :

Etant couchée, la rotule gauche de cette jeune dame avait été heurtée légèrement par le genou du mari dans un mouvement qu'il fit en se retournant dans le lit. Aussitôt douleurs très-vives, impossibilité de faire le moindre mouvement ; le genou est complétement déformé, et d'une façon toute particulière. M. le docteur Marx soigne habituellement cette dame, on l'avait envoyé chercher en même temps que moi ; en attendant son arrivée, j'examinai le genou avec d'autant plus de soin que cette affection est très-rare, et même contestée par plusieurs chirurgiens.

La malade est âgée d'environ vingt-deux à vingt-trois ans, très-nerveuse, d'une constitution grêle, molle, lymphatique ; les membres sont maigres. Elle dit être enceinte de deux ou trois mois, est souffreteuse depuis quelque temps. Elle assure ressentir de fortes douleurs dans le genou gauche, et n'ose faire le moindre mouvement, tant elle redoute la douleur.

Voici la position de la malade dans son lit : il y a environ deux heures que l'accident est arrivé; la jambe gauche est dans l'extension forcée; le genou est sensiblement déformé, et offre une saillie singulière et un aspect que je ne puis mieux comparer qu'à des cordes de violon soulevées par un chevalet. Des enfoncements latéraux existent en dehors et en dedans de cette saillie, qu'à la vue et au toucher on

reconnaît être formée par la rotule placée verticalement au-devant du fémur. On ne remarque ni gonflement ni ecchymose, et la malade est si maigre que toutes les saillies et tous les enfoncements sont très-marqués. Au-dessus et au-dessous de la rotule sont deux cordes dures, tendues, tordues sur elles-mêmes, faciles à distinguer à la vue, et qui sont formées, celle d'en bas par le ligament rotulien, celle d'en haut par les muscles qui l'attachent au rebord rotulien supérieur. La rotule paraît placée dans le creux sus-condylien et maintenue dans cette position par ces cordes, qui, agissant en sens inverse, la rendent absolument fixe; tous les muscles extenseurs sont violemment tendus. Il est facile de sentir à travers les téguments qui recouvrent la rotule et qui sont très-minces les faces de cet os; ainsi, au toucher, on reconnaît que la face externe ou antérieure de la rotule regarde en dehors, et que la face interne ou postérieure regarde en dedans. Le toucher le plus léger détermine des douleurs si vives que la malade demande ardemment à être chloroformée pendant la réduction, ce qui n'eut pas lieu.

M. Marx étant arrivé, et ayant constaté tous les signes que je viens d'énumérer, la réduction fut obtenue de la manière suivante :

La malade étant couchée sur le dos, les deux jambes dans l'extension, on fit fléchir la jambe lésée, et aussitôt la réduction eut lieu. La rotule reprit sa position normale, la difformité disparut; la douleur avait cessé et les mouvements d'extension et de flexion étaient devenus possibles, ce qui n'avait pas lieu auparavant. Un bandage roulé fut placé autour de l'articulation, et deux jours après M. G... m'écrivait que sa dame était aussi bien que possible et qu'elle ne se ressentait plus de son accident.

Les seules remarques que je veuille faire sont que chez cette dame les articulations m'ont paru très-mobiles ; que probablement les ligaments étaient un peu relâchés, puisque huit ou dix jours avant cet accident elle nous a raconté qu'elle a éprouvé dans le genou une fatigue, une douleur, qu'elle attribuait à un dérangement du genou, dérangement qui ne l'a pas empêchée de marcher et de vaquer à toutes ses occupations. J'insisterai surtout sur la facilité de la réduction par le procédé de la flexion forcée de la jambe, en faisant observer que les quelques efforts que j'avais faits dans le but de replacer l'os, en essayant de le renverser en le soulevant, avaient été très-douloureux et n'avaient amené aucun résultat. Mais la douleur ressentie par la malade m'avait empêché d'insister sur cette manœuvre que j'avais tentée en examinant le genou.

Ce fait serait donc une preuve que dans la luxation de champ de la rotule la réduction est facile, et que la flexion forcée de la jambe est un bon procédé.

M. Verneuil demande que des détails plus circonstanciés soient donnés sur la position précise de la rotule, afin qu'il soit bien établi que cet os occupe précisément la ligne médiane. On peut en effet prendre pour une luxation de champ un degré extrême de la luxation latérale externe. Une pièce et une observation, que M. Verneuil soumettra à l'examen de la Société, justifieront cette assertion.

M. J. Cloquet trouve le fait de M. Boinet très-curieux et très-concluant. Jamais il n'a observé cette variété, pas plus que la luxation en dedans. Il rappelle qu'il a signalé la prédisposition qu'ont pour la luxation en dehors les sujets qui sont dits *cagneux*. On peut encore remarquer que lorsque la rotule est déplacée en dehors d'une manière permanente, les muscles extenseurs deviennent fléchisseurs de la jambe, de telle façon que si les malades veulent donner un coup de pied à quelqu'un, ils se frappent eux-mêmes la fesse avec leur propre talon. C'est ce qu'on observe en particulier chez les culs de jatte.

M. Chassaignac. Une prédisposition bien plus puissante à la luxation externe réside dans le relâchement des ligaments rotuliens latéraux par suite d'hydarthrose incomplétement guérie. Beaucoup de sujets atteints de cette maladie sortent de l'hôpital et marchent en conservant encore deux à trois cuillerées de liquide dans l'articulation. La capsule, ainsi dilatée, permet très-aisément le déplacement consécutif de la rotule.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Broca montre une exostose pédiculée de la partie supérieure du tibia qu'il a enlevée par section du pédicule. Cette tumeur siégeait sous les tendons de la patte d'oie, qu'il a fallu isoler et écarter pour atteindre la tumeur. Celle-ci, du volume d'une petite pomme, est mamelonnée, inégale, partie osseuse, partie cartilagineuse. Développée à la suite d'un coup léger reçu il y a deux ans, elle était naguère indolente et stationnaire. M. Broca avait conseillé de la respecter, mais dans ces derniers temps elle s'accrut assez rapidement par la formation de mamelons à la surface. Ces mamelons sont formés par du cartilage pur. La tumeur ancienne, au contraire, est constituée par un tissu osseux bien conformé et de date ancienne. Ce mode d'accroissement par l'addition de productions cartilagineuses nouvelles à la surface d'une tumeur osseuse est très-insolite. On ne peut pas dire qu'il s'agit là d'une

tumeur ostéo-cartilagineuse en voie d'ossification, mais au contraire d'une tumeur osseuse devenue ostéo-cartilagineuse par addition de cartilage récent.

M. Broca complétera l'observation.

— La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

Séance du 12 mars 1856.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Broca consulte la Société pour un malade de trente ans environ, bien constitué et d'une bonne santé, auquel il a déjà pratiqué deux opérations, et qui devra sans doute en subir une troisième.

Voici les antécédents :

Il y a six ans le sujet fut atteint d'une brûlure profonde dans la région de l'os malaire; la cicatrice qui en résulta devint plus tard le siége d'une ulcération profonde, qui envahit même les couches les plus superficielles de l'os. M. Broca enleva les parties molles malades, puis à l'aide de la scie à chaîne et de la scie à molettes il détacha l'arcade zygomatique et une portion de l'os malaire. La paupière inférieure avait été ménagée, et les incisions étaient restées à quelques millimètres en dehors de la commissure interne. Peut-être la crainte de faire de grands désordres fut-elle cause que le mal ne fut pas assez largement enlevé.

Néanmoins la réunion immédiate manqua, la plaie ayant été envahie par la pourriture d'hôpital. La cicatrisation était néanmoins effectuée au bout de six semaines. Quelque temps après un petit bouton apparut à l'angle de l'œil. Un médecin fit sept cautérisations au nitrate d'argent. L'ulcération gagna l'os maxillaire et pénétra dans le sinus. M. Broca fit une nouvelle opération. Il enleva largement les téguments de la joue, extirpa la presque totalité des parois du sinus, et, pour prévenir l'ectropion de la paupière inférieure, qui n'aurait pas manqué de survenir, il combla la brèche avec un lambeau qu'il infléchit suivant les conseils de Dieffenbach, sur lesquels M. Denonvilliers insistait récemment. Malgré l'apparition d'un léger érysipèle, la réunion s'ef-

fectua aisément, et la guérison put être considérée comme complète et sans grande difformité. Le malade retourna dans son pays.

Depuis quelque temps une nouvelle ulcération, fort petite encore, mais qui fait craindre la reproduction du mal, s'est montrée à l'angle externe de l'œil. M. Broca demande à ses collègues si une nouvelle opération ne serait pas indiquée. Il ajoute qu'après les deux premières opérations la nature épidermique de la production a été constatée. La marche du mal, son origine, la conservation d'une santé générale parfaite après deux récidives viennent d'ailleurs corroborer cliniquement cette opinion sur la nature de la maladie.

M. Huguier engage M. Broca à opérer de nouveau. On a affaire ici à une de ces affections connues sous le nom de *noli me tangere*, qui vont sans cesse en progressant et en détruisant de proche en proche les tissus. Si on ne fait rien, l'ulcération gagnera l'orbite et fera infailliblement, dans un temps plus ou moins long, périr le malade. Au risque donc de comprendre l'œil dans la prochaine opération, il faut sans hésiter poursuivre la nouvelle récidive.

M. Chassaignac partage complétement l'opinion de M. Huguier. Le mot de *noli me tangere*, créé par les anciens, est le résultat d'une observation juste, mais sur laquelle il faut s'entendre, parce que par une mauvaise interprétation le mot a été l'origine de beaucoup d'inconvénients. Fidèles à l'expression, beaucoup de médecins assistant au début de ces lésions n'y font rien ; le mal gagne et les malades consultent les chirurgiens alors seulement que les ressources opératoires n'existent pour ainsi dire plus. Ces maladies doivent être opérées, mais radicalement. On doit poursuivre les récidives dès qu'elles se montrent, et quand elles sont encore peu étendues ; on obtient ainsi des guérisons très-durables.

M. Huguier. Il faut revenir sur ce sujet et y insister beaucoup. Les anciens avaient adopté le mot de *noli me tangere* pour deux raisons :

1° Parce que certaines ulcérations de la face restent parfois superficielles, circonscrites et stationnaires pendant de longues années;

2° Parce que les opérations qu'on leur fait subir sont souvent suivies de récidives.

Le mot, de là, est passé à l'état de principe pratique. Ces observations des anciens sont vraies; mais il faut passer outre, et les recherches modernes des micrographes ont démontré que les opérations échouent souvent parce qu'elles sont incomplètes, insuffisantes. On obtient, au contraire, de très-beaux et très-durables succès quand on

opère largement avant que les ganglions lymphatiques soient envahis. Dans ce dernier cas, le pronostic est beaucoup plus grave, quoique l'opération ait été radicale, car la récidive n'envahit pas la cicatrice, mais bien son voisinage, et surtout les ganglions. M. Huguier en a vu un exemple bien remarquable. Un malade portait une ulcération épidermique à la base de la langue; M. Robert n'avait pas jugé à propos de l'opérer; M. Huguier fit la section médiane de la mâchoire inférieure, extirpa la maladie, et pendant deux ans la guérison ne se démentit pas. Mais au bout de ce temps la repullulation eut lieu, non pas *in situ*, mais dans un ganglion du cou qui ulcéra la carotide primitive et amena la mort par hémorrhagie.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Documents pour servir à l'histoire de l'enchondrome (thèse inaugurale, 1856), par M. O. Fayau. Ce travail renferme une reproduction littérale des travaux de Müller, qui ne sont connus en France que par des analyses plus ou moins complètes; de plus, l'indication bibliographique très-soignée de tous les cas de tumeurs cartilagineuses qui ont été observés depuis la publication de Müller. Ce travail sera très-utile pour écrire l'histoire complète de l'enchondrome.

Nature et traitement des tumeurs hémorrhoïdales (thèse inaugurale, 1856), par M. J. Germain. Ce travail renferme une série de propositions résumant les recherches de M. Verneuil sur l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes.

— M. Debout fait hommage du tome XLIX du *Bulletin général de thérapeutique.*

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Robert présente une femme opérée il y a dix jours de la fistule lacrymale par le procédé de M. Reybard, procédé qui consiste à trépaner l'os unguis à l'aide d'un instrument particulier. Cette malade avait été traitée, il y a trois ans, par la canule de Dupuytren. Au bout de trois mois une inflammation chronique se développa. Elle fut d'abord peu intense; mais dans ces derniers temps une recrudescence eut lieu, et un abcès se forma. La canule dut être extraite; mais l'inflammation chronique persista. C'est ce qui engagea M. Robert à recourir au procédé de M. Reybard, qu'il a déjà mis en usage cinq ou six fois avec succès.

Aujourd'hui la maladie est en très-bonne voie et guérie; les larmes

ne coulent plus sur la joue ; la fistule est oblitérée. La seule précaution que la malade doive prendre, c'est de placer le doigt sur la région du sac au moment où elle se mouche, car l'air, dans cette circonstance, passant par la voie artificielle que l'on a créée, tend à dilater la paroi antérieure du sac et à former une sorte de pneumatocèle dans le point où naguère existait la fistule.

M. Robert n'ignore point que le peu de temps écoulé depuis l'opération ne permet pas d'affirmer que la cure sera radicale, et il ne s'est décidé à présenter cette malade que parce qu'elle est sur le point de quitter Paris.

Ce fait prouve encore combien l'opération de Dupuytren est infidèle. Ce chirurgien prétendait, par sa méthode, guérir 19 fois sur 20 ; c'est la proposition inverse qui serait plutôt vraie : c'est ce qui fait que l'on revient de toutes parts à la méthode qui consiste à détruire le sac. Cette pratique est cependant grave, et on a peine à croire qu'on puisse sans inconvénients détruire des parties qui doivent avoir un usage ; avant d'y recourir, il est bon de tenter d'autres moyens, et celui de M. Reybard, sur lequel M. Robert donne quelques détails, doit être essayé.

Au reste, après la destruction du sac, la cure n'est point aussi radicale qu'on le dit. M. Robert l'a pratiquée quatre fois ; deux fois il a vu persister un épiphora assez abondant, surtout lorsque les malades s'exposaient à l'air froid ou à l'humidité.

M. Follin est partisan de la destruction du sac. Trois fois déjà il l'a employée, et le succès lui a paru justifier cette opération. Il y a, à la vérité, un épiphora modéré pendant les premiers temps ; mais peu à peu, et au bout de quelques mois, ce symptôme s'atténue et finit par disparaître. Il s'est assuré cependant que le sac était bien réellement oblitéré.

M. Robert croit précisément avoir vu, il y a six semaines, un des opérés de M. Follin, et avoir constaté sur lui l'épiphora en question très-prononcé lorsque l'œil était exposé à l'air. Pour lui, et théoriquement, cette méthode est irrationnelle.

M. Verneuil a vu à la consultation de M. Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière, une femme qui avait été opérée de cette façon par M. Desmarres, et qui, consécutivement à la destruction du sac, avait été atteinte d'une névralgie très-violente du nez, du front et des paupières, qui était rebelle à tous les moyens. Quelque rare que puisse être cette complication, il faut en tenir compte si l'on veut faire l'histoire de la méthode.

M. Richard a vu employer un grand nombre de fois l'opération en question, et il a observé les plus beaux résultats. A la vérité, il n'a pas suivi tous les malades; quelques-uns ont été perdus de vue au bout de quelques mois. Cependant il en a revu d'autres longtemps après, le succès ne s'était pas démenti. Au reste, cette méthode n'est pas d'une application générale; elle ne s'applique qu'à des cas bien caractérisés : elle ne laisse pas de cicatrice. Quant à l'épiphora, il est vrai qu'il persiste parfois à un faible degré dans les circonstances que M. Robert a signalées, mais cet écoulement, qui serait très-remarqué par des gens du monde, n'empêche nullement les ouvriers, par exemple, de reprendre leurs travaux. Or, chez quelques-uns de ces malheureux, la fistule lacrymale n'est pas seulement une incommodité; c'est un obstacle presque absolu au travail journalier, et la destruction du sac y remédie très-efficacement.

M. Follin. On compte de nombreux succès par la méthode du séton : or cet agent n'opère qu'en amenant l'oblitération du sac. Quant à ses opérés, il en a suivi deux : l'un est parfaitement guéri ; l'autre, il est vrai, a conservé un peu de larmoiement, mais dans des limites vraiment très-minimes, et il espère le voir disparaître dans la suite.

M. Chassaignac. La cautérisation est une méthode tout à fait exceptionnelle et qu'il faut se garder d'appliquer d'une manière générale; à l'exemple des anciens chirurgiens, on se presse souvent trop, et on abandonne trop vite des opérations très-bonnes et beaucoup moins sérieuses. Il pourrait citer l'exemple d'une femme opérée deux fois par M. Desmarres, et sans succès; elle était dans les plus mauvaises conditions, et cependant M. Chassaignac la soumit de nouveau à la dilatation progressive et lente. Au bout de deux mois, elle fut guérie. Ce n'est point avec des fils, avec le séton qu'il faut faire cette dilatation, car ces agents coupent les tissus, mais bien avec des bougies, des tubes élastiques; quand cette dilatation a été continuée plusieurs semaines, on peut employer une canule si on le croit nécessaire.

Placer une canule immédiatement après l'incision du sac constitue une très-mauvaise pratique; on arrache, on déchire la muqueuse et le périoste : de là des inflammations consécutives très-rebelles. Lorsqu'au contraire le canal a été préparé au contact des corps étrangers, on place la canule avec douceur, et on s'assure qu'elle est dans la bonne voie, qu'elle est bien maintenue, etc., etc.

En résumé, si la dilatation progressive est bien faite, ou on peut se passer de canule, ou bien celle-ci est facilement supportée. La des-

truction du sac est une méthode barbare qu'il faut mettre de côté ou réserver pour des circonstances très-exceptionnelles.

M. J. Cloquet a employé très-souvent le séton. C'était la méthode d'A. Dubois, qui en obtenait d'excellents résultats. M. Cloquet en avait fait sa méthode générale; il se servait de clous de plomb. L'exécution est très-simple : le fil métallique se place et se retire très-aisément; il est facile de faire des injections. Autrefois, cependant, la méthode de Dupuytren jouissait d'une très-grande faveur; mais M. Cloquet, qui avait contre elle beaucoup de défiance, ne l'a employée que trois ou quatre fois. Il eut occasion une fois de retirer une canule qui déterminait des accidents ; il eut beaucoup de peine. L'opération fut très-longue ; la malade souffrit beaucoup; c'est alors qu'il imagina son petit mandrin à crochet, qui rend en général l'extraction très-facile. Plus de vingt fois, M. Cloquet a été dans l'obligation de retirer des canules qui causaient des accidents divers; il a observé des migrations très-curieuses de la canule, et entre autres dans le cas suivant :

La femme d'un gendarme avait été opérée par Dupuytren sept ou huit ans auparavant ; elle vint consulter M. Cloquet pour une ulcération assez profonde de la face supérieure de la langue ; cette ulcération avait été causée par la canule, qui, après avoir quitté le canal nasal, avait perforé la voûte palatine, et faisait dans la bouche une saillie de 3 ou 4 lignes qui déchirait la face supérieure de la langue.

M. Cloquet n'a d'expérience sur la méthode de Dupuytren qu'en ce qui regarde les accidents qu'elle entraîne.

Quant aux autres méthodes, il les a quelquefois employées ou en a vu les résultats. Il a vu des guérisons par le procédé de Laforest et aussi par les injections; dans un cas, une seule injection avait amené la cure. La création d'une voie artificielle compte également quelques succès, et autrefois M. Cloquet a fait des expériences avec M. Talrich, qui avait imaginé une pince emporte-pièce ingénieuse dont une branche pénétrait dans les fosses nasales pour servir de contre-appui à l'autre qui portait l'emporte-pièce, et qui, après l'ouverture du sac, réséquait une portion de l'os unguis.

Au reste, il a pratiqué au moins dix à douze fois cette voie artificielle par le procédé de Scarpa, qu'il s'étonne d'avoir vu tomber en désuétude. L'opération est très-facile, très-expéditive ; elle convient surtout quand on a besoin d'une guérison prompte. M. Cloquet l'a mise en usage dans des cas qui avaient résisté déjà à plusieurs tentatives. Il reste bien parfois un peu d'épiphora, mais en général cet inconvénient est peu marqué.

M. Huguier. Tout le monde semble d'accord sur le précepte de n'employer la cautérisation du sac que lorsqu'on a échoué par des moyens plus doux. Dans deux cas où il se proposait de mettre la canule de Dupuytren, il ne put pénétrer dans le canal nasal, qui paraissait oblitéré. Comme il est fâcheux de remettre une opération commencée, et qu'il n'avait pas sous la main d'instruments spéciaux pour créer une voie artificielle, il eut tout simplement recours à une des branches de la pince à pansement ordinaire, et la faisant agir par ses bords tranchants par pression et par rotation, il creusa à son aide et de vive force une voie à travers l'os maxillaire, dans la direction du canal. Dans les deux cas la guérison fut très-prompte et très-durable. Il ne donne pas cette pratique comme un exemple à suivre, mais comme un procédé de nécessité qui lui a rendu service dans des cas embarrassants.

M. Monod a vu une fois M. Demarquay employer le procédé de M. Reybard sur une malade chez laquelle la canule avait d'abord été appliquée, et qui avait été à la suite affectée d'érysipèle de la face. L'opération a eu un très-bon résultat. Mais il pense que le sac est oblitéré. Ce serait donc par ce mécanisme que la méthode de M. Reybard aurait de l'efficacité. L'aérocèle, ou le soulèvement de la paroi antérieure du sac par l'air expiré, qu'on observe sur la malade de M. Robert, constituerait une rare exception.

M. Cloquet. Les fistules lacrymales d'origine syphilitique ne sont pas très-rares, et on en observe parfois la guérison spontanée sans opération chirurgicale. Il a observé un cas de ce genre. Un vieux syphilitique portait une tumeur lacrymale avec gonflement et nécrose des os du nez. Un traitement spécifique fut suivi. Le malade rendit par la narine plusieurs fragments osseux; la tumeur et la fistule guérirent spontanément et radicalement. L'autopsie, faite plusieurs années après, permit de constater une brèche osseuse très-large et comprenant la presque totalité de l'os unguis. Le sac lacrymal s'ouvrait largement dans la fosse nasale correspondante. L'élimination du séquestre avait agi comme une résection étendue.

M. Broca a observé aussi un cas de tumeur lacrymale syphilitique chez une jeune femme couchée dans le service de M. Gerdy. M. Richet, qui remplaçait alors le professeur, ne put parvenir à introduire une canule. Le canal était obstrué par une exostose de l'os unguis, dont la convexité était dirigée en avant et en dehors. L'opération en resta là. Plus tard M. Gerdy eut l'idée de pénétrer par le cul-de-sac inférieur

de la conjonctive dans le sinus maxillaire pour créer une voie artificielle. L'ouverture de la cavité osseuse étant faite, on y plaça une canule de 4 à 5 millimètres de long, munie d'un renflement et d'une rainure spiroïde destinés à assurer sa fixité. Ces précautions furent vaines; la canule se déplaça, tomba à plusieurs reprises. En somme, on y renonça. L'insuccès paraissait assuré. Il en fut autrement. La fistule conjonctivo-maxillaire persista sans corps étranger, et la guérison fut permanente, ou du moins l'était encore dix-huit mois après, dernière époque à laquelle la malade fut revue.

Quant à la canule de Dupuytren, M. Broca trouve qu'elle est aujourd'hui trop dépréciée. Il n'ignore ni ses insuccès, ni ses inconvénients, ni les accidents qu'elle entraîne; mais de là à dire qu'elle ne guérit jamais il y a loin, et l'exagération est évidente. Pour sa part il l'a employée trois fois, et avec succès. Une des opérations date seulement du mois d'avril 1855. On peut n'en pas tenir compte, parce que l'opération est trop récente; mais les deux autres cas sont beaucoup plus anciens. Une femme de soixante-cinq ans, entre autres, portait à l'angle de l'œil une ulcération très-large, de mauvais aspect, et qui avait été jugée cancéreuse. M. Broca mit une canule en 1849; en 1853 la guérison ne s'était pas démentie.

Plus tard peut-être des accidents surviendront; la canule s'altérera, il faudra l'extraire. Tout cela est possible; mais néanmoins on aurait tort de rejeter pour cela une opération très-simple, qui exige à peine quelques minutes; qui n'est nullement dangereuse, et qui peut amener des guérisons durables. Ces guérisons, d'ailleurs, ne dépasseraient pas quelques années, qu'elles ne seraient pas achetées trop cher par une opération aussi courte et aussi facile; on en serait quitte pour y revenir de temps en temps. Le séton, la dilatation, ont, au contraire, l'inconvénient d'exiger des soins très-longs, très-minutieux, des pansements difficiles, etc., etc.

M. Lenoir vient à son tour parler en faveur de la canule de Dupuytren; il n'emploie jamais pour sa part d'autre méthode, et en a retiré de nombreux succès. Il ne se rappelle guère d'insuccès. Seulement il a jugé à propos d'y introduire deux modifications assez importantes : Dupuytren, après avoir incisé le sac, introduisait de vive force et immédiatement une canule terminée par un biseau tranchant. Il en résultait parfois une déchirure de la muqueuse, du périoste, etc., la pointe de la canule venant heurter contre le rétrécissement; en supposant même qu'elle fût bien placée dans la lumière de l'obstacle, sa forme conique la prédisposait à remonter incessamment. M. Lenoir,

pour corriger ces défauts, a pour première règle de ne jamais procéder à l'introduction immédiate. Le rétrécissement, étant reconnu, est dilaté pendant huit ou dix jours à l'aide de sondes, de bougies, d'un corps étranger quelconque ; puis on introduit dans le canal ainsi préparé une canule spéciale en platine disposée de telle façon qu'une fois en place elle ne peut ni monter ni descendre. Son extrémité supérieure, en effet, présente un renflement, comme la plupart des instruments de ce genre ; mais à son extrémité inférieure, le tube métallique présente trois incisures qui le divisent longitudinalement en trois valves mousses à leur terminaison et de même longueur pour éviter le biseau.

Ces trois valves divergent par élasticité, de telle sorte qu'elles empêchent l'ascension de la canule. L'instrument de M. Lenoir est accompagné d'un mandrin spécial, qui, lorsqu'il est dans l'intérieur de la canule, maintient les valves rapprochées pour permettre l'introduction facile dans les voies lacrymales, et qui les met en liberté au moyen d'un mécanisme très-simple et leur permet de s'écarter de nouveau.

Depuis quinze ans, M. Lenoir a opéré environ trente ou quarante fois de cette manière ; deux fois seulement il a observé des accidents inflammatoires ; mais, en revanche, il a revu bon nombre de ses opérés qui étaient restés guéris radicalement et que la canule ne gênait point du tout.

M. J. Cloquet a examiné à son tour le malade affecté de tumeur du poignet dont il a été question dans les dernières séances. Il a mesuré avec soin les cubitus des deux côtés, et les a trouvés parfaitement égaux ; ils ont l'un et l'autre 0,25. Les os sont probablement étrangers à la maladie qui siége dans les parties molles. La tumeur, du reste, présente des degrés très-variables de consistance ; là elle est molle, ici très-dure. En d'autres points, on sent comme une coque osseuse ; probablement plusieurs tissus morbides sont réunis.

Il faut tenter l'extirpation, mais s'appliquer à mesurer exactement la peau qui sera nécessaire pour recouvrir la plaie, et prendre dans la dissection les précautions nécessaires pour prévenir l'exfoliation des aponévroses et des tissus fibreux.

— M. le Président, qui est allé visiter M. Gerdy au nom de la Société, exprime sur son état les craintes les plus sérieuses.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr A Verneuil.

Séance du 19 mars 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Demarquay demande la parole.

M. Demarquay. Je puis donner des détails précis sur les malades que j'ai opérés de la fistule lacrymale par la perforation de l'os *unguis*. J'ai pratiqué cette opération six fois : dans quatre cas, il s'agissait do fistules graves compliquées; les deux autres cas étaient simples.

J'ai pu suivre cinq de ces malades, tous ont bien guéri. Je les ai revus après un temps assez long, qui a varié entre quelques mois et six ans. Sur les malades que j'ai pu examiner pendant les premiers mois, voilà ce que j'ai observé : je pratiquais par un des points lacrymaux une injection, qui d'abord suivait la voie nouvelle ouverte aux larmes par la perforation de l'os unguis; puis, après deux ou trois mois, le liquide revenait par l'autre point lacrymal, et néanmoins les malades n'avaient pas d'épiphora; de telle sorte que la guérison avait lieu sans que cependant il puisse être démontré que le conduit artificiel ait été maintenu perméable.

M. Huguier. Dans la dernière séance, la discussion sur la fistule lacrymale, qui avait pour point de départ la présentation faite par M. Robert d'un nouvel instrument perforateur de l'os unguis, a pris des proportions considérables. M. Cloquet a rappelé les accidents déterminés par la présence de la canule. M. Lenoir nous a dit comment il pensait qu'on pouvait faire disparaître ou tout au moins amoindrir ces accidents en perfectionnant la forme de l'instrument mis en usage. Permettez-moi d'ajouter quelques considérations pratiques qui devront, je l'espère, rendre l'opération encore plus simple.

Quand on réfléchit aux causes qui font échouer l'opération et qui déterminent les accidents signalés, on reconnaît qu'elles doivent être spécialement imputées au mauvais procédé mis en usage. On s'efforce toujours de faire pénétrer de prime abord et immédiatement le bistouri dans le canal nasal, et dans cette tentative on peut ou perforer l'os unguis, ou pénétrer dans le sinus maxillaire, ou bien encore on engage la pointe de l'instrument non pas dans le canal, mais entre l'os et le tissu fibreux qui le recouvre. Dans ce dernier cas, lorsque le bistouri

est suffisamment entré pour qu'on puisse croire à son introduction régulière dans le canal, on glisse la canule, et, si on la pousse plus profondément, on achève la dénudation du canal, et l'extrémité de l'instrument vient appuyer sous la muqueuse sans entrer dans la cavité des fosses nasales. On comprend alors que l'opération ne peut être suivie d'aucun résultat heureux, et que, de plus, elle doit amener des accidents.

Si vous rencontrez une oblitération presque complète du canal, votre canule déterminera encore des accidents en déchirant la muqueuse.

Pour parer à ces accidents, j'ai imaginé de supprimer le temps qui consiste à plonger le bistouri dans le canal. Je fais pénétrer par le sac, s'il y a une fistule, un stylet que je cherche à engager dans le canal.

Pendant trois ou quatre jours, je renouvelle plusieurs fois ce cathétérisme, et quand j'ai ainsi préparé la voie, et alors seulement, je place la canule; mon stylet me sert de conducteur, et, si cela est nécessaire, je le recourbe.

Dans quatre ou cinq cas, j'ai eu recours à ce procédé, et j'ai parfaitement réussi. On peut être certain en l'adoptant de ne pas produire d'altération ni de la muqueuse ni du tissu fibreux, et on évite les abcès consécutifs.

M. Guersant. En écoutant les divers membres de la Société qui ont pris la parole, on peut reconnaître que, comme toujours, dans les discussions de ce genre, chacun se présente avec un procédé auquel il donne la préférence, sans cependant apporter à l'appui de son appréciation une statistique bien faite. C'est qu'en effet, en méthode et en procédé, il y a le *modus faciendi* de chacun, *modus faciendi* qui détermine sa préférence. Dupuytren avait de grands succès par l'emploi de la canule; pendant mon internat dans le service de ce chirurgien, je n'exagère pas en disant que j'ai suivi plus de 100 malades, et dans la très-grande majorité des cas la guérison était définitivement obtenue. Il est vrai aussi que sur quelques malades on a dû extraire les canules, et j'ajouterai que la guérison ne s'ensuivait pas moins. Mais Dupuytren, pour assurer le succès de ses opérations, ne négligeait aucun détail; dans ses leçons, il entrait dans les explications les plus minutieuses sur le manuel opératoire, sur la forme, la longueur, les dimensions des canules qu'il voulait faire approprier aux individus mêmes sur lesquels il les employait. Si on s'éloigne de ces préceptes, on compromet le succès de l'opération, qui en résumé reste bonne et d'un utile emploi.

M. Cloquet pense qu'un corps métallique non perforé peut rendre le plus souvent les mêmes services que la canule; il a vu bon nombre de malades guérir par ce simple procédé.

M. Larrey a suivi aussi le service de Dupuytren, et il l'a vu bien souvent appliquer la canule; mais il l'a vu également être assez souvent forcé d'extraire cette canule; il avait même, comme on le sait, imaginé un instrument pour rendre cette extraction facile. Il reconnaissait aussi que souvent la canule s'oblitérait et agissait à la manière d'un corps plein. La guérison s'effectuait néanmoins.

M. Guersant. L'observation de M. Larrey est fort juste : Dupuytren reconnaissait parfaitement que la guérison pouvait s'obtenir malgré l'oblitération de la canule, qui agissait alors comme corps étranger métallique plein, ainsi que le font et le séton et le clou de Scarpa.

M. Verneuil. Malgré l'impossibilité où je suis d'apporter dans cette discussion des éléments pratiques personnels, je demande à la Société de vouloir bien me permettre de lui soumettre quelques considérations que j'emprunterai à un excellent travail de M. Béraud publié dans les *Archives de médecine*.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question de thérapeutique chirurgicale l'ont traitée à un point de vue presque exclusif. Ils ont admis la présence d'un obstacle dans le canal nasal. M. Béraud a démontré qu'il existait plusieurs variétés bien distinctes de fistules : ainsi il a reconnu par de nombreuses dissections que cette affection pouvait tenir quelquefois à une altération fongueuse de la muqueuse du sac lacrymal sans obstacle dans le canal nasal. Dans ces cas, l'air pénétrait parfaitement bien de bas en haut dans les voies lacrymales. D'autres fois, il a trouvé dans la muqueuse du canal ou du sac des glandes assez volumineuses, glandes susceptibles de se transformer en kystes; altération analogue à celle que M. Giraldès a si bien décrite pour la muqueuse du sinus maxillaire. Quand ces altérations existent, la fistule lacrymale est donc d'une nature spéciale; et que pourront produire alors d'avantageux le clou, le séton ou la canule, car ces procédés ne peuvent avoir d'autre effet que de faire disparaître des obstacles qui en réalité n'existent pas dans le canal nasal?

On ne peut alors recourir, pour obtenir la guérison, qu'à la destruction du sac, siége de l'altération organique qui détermine la maladie. Il est donc indispensable, avant de s'arrêter à telle ou telle méthode, de s'attacher à établir un diagnostic rigoureux.

— M. le Président annonce la mort de M. Gerdy.

La Société est convoquée pour assister aux obsèques du savant professeur, membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. Houzelot, membre correspondant, est présent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Lambron écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa demande, il adresse une observation de *gangrène sénile*, et une *Notice historique et médicale sur les eaux de Bagnères-de-Luchon.* (Commissaires : MM. Maisonneuve, Bouvier, Desormeaux.)

— M. E. Cadet de Gassicourt adresse, pour le prix Duval, sa thèse inaugurale sur la *Rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins.*

COMMUNICATIONS.

M. Larrey communique à la Société, de la part de M. Reverdit, ancien chirurgien militaire, l'observation suivante de bec-de-lièvre compliqué, et présente un tubercule osseux provenant de l'opération.

Bec-de-lièvre double. — Fente de la voûte palatine. — Tubercule osseux contenant trois dents incisives.

Le 18 mai 1844, le sieur Cristophe, de la commune de Nueil (Maine-et-Loire), me présenta son fils, âgé de sept ans. Ce garçon était affligé d'un bec-de-lièvre double qui n'avait jamais été opéré. La voûte du palais offrait une difformité extraordinaire ; ses deux moitiés, écartées de deux à trois millimètres au plus sur la ligne médiane, formaient une fente dans laquelle était enchâssée la cloison mobile et sans adhérences. Cette fente se terminait au voile du palais, qui ne présentait rien d'anormal. L'extrémité antérieure de la cloison, élargie et formant une espèce d'os intermaxillaire, portait un tubercule osseux de la grosseur d'une noisette, recouvert à sa partie supérieure par le lobule médian de la lèvre relevé contre le nez, et dans le reste de son étendue par la muqueuse des gencives. Une dent incisive de la seconde dentition faisait saillie au milieu de cette petite tumeur ; elle était posée de champ, son bord tranchant en avant et un peu oblique. L'enfant aurait pu dire, comme le jeune homme présenté à la Société de chirurgie par M. Chassaignac, qu'il avait une dent au bout du nez. L'arcade dentaire portait de chaque côté les petites molaires, les canines et une seule incisive du côté droit. L'aspect de la physionomie était hideux.

L'opération fut décidée pour le lendemain.

Bien que les mouvements imprimés au tubercule se communiquassent à toute la cloison, la fente intermaxillaire était trop étroite pour penser à refouler dans cet écartement la saillie anormale.

Le lobule médian fut donc détaché de son tubercule osseux, et celui-ci réséqué au niveau de l'arcade dentaire à l'aide de forts ciseaux courbes. J'éprouvai dans cette section une résistance insolite, qu'expliqua fort bien la présence d'une dent incisive dont la racine fut coupée en deux. Les bords des divisions labiales furent rafraîchis et réunis selon la méthode de M. Malgaigne, qui venait à peine d'être mise au jour dans le *Journal de chirurgie.*

La guérison eut lieu sans incident notable.

J'ai revu plusieurs fois ce garçon depuis son opération. C'est aujourd'hui un grand jeune homme de dix-neuf ans, qui exerce l'état de maçon et dont la physionomie n'a rien de choquant; les cicatrices sont à peine apparentes et n'offrent pas trace d'encoche sur le bord libre de la lèvre. La cloison est rendue immobile par le rapprochement des maxillaires; aussi n'existe-t-il aucune communication entre la bouche et les fosses nasales. La voix est claire et la parole franchement articulée. L'arcade dentaire porte deux incisives séparées sur la ligne médiane par un écartement de quelques millimètres.

Le tubercule osseux contient trois dents, dont une seule était apparente au moment de l'opération; des deux autres, qui étaient alors recouvertes par la muqueuse, l'une appartient évidemment à la seconde dentition, mais l'autre paraît être de la première.

M. Guersant. Cette observation vient à l'appui de ce qui a été dit sur les chances avantageuses que présente l'opération du bec-de-lièvre compliqué lorsqu'elle n'est pas faite dans les premiers jours de la vie de l'enfant.

M. Cloquet signale comme digne d'attention la manière dont les maxillaires se sont rapprochés après l'opération, malgré l'âge déjà assez avancé du jeune malade.

Election. — M. Larrey reproduit la conclusion de son rapport pour l'élection de M. le professeur Riberi (de Turin) comme associé étranger (1). Cette conclusion est immédiatement adoptée par le vote général de la Société.

---

(1) La commission, composée d'abord de MM. Denonvilliers, Marjolin et Larrey, s'est adjoint ensuite MM. Michon et Robert.

Sur un nouveau procédé de suture après l'opération du bec-de-lièvre. — M. Denonvilliers fait la communication suivante :

Lors de la discussion sur le bec-de-lièvre, j'avais insisté sur la nécessité de modifier la suture ordinairement usitée, et qui me paraissait tout à fait défectueuse. Voyez, en effet, ce qui se produit en employant la suture entortillée. Si on essaye, après l'avivement des bords de la division, de les réunir avec les doigts, on affronte bien régulièrement, et sur toute leur longueur, les surfaces saignantes ; la réunion est alors parfaite. Si, pour arriver au même résultat, on emploie l'épingle, cet instrument, résistant, inflexible, en traversant les tissus assez profondément pour affronter la partie profonde de la plaie, rejette en avant les lèvres antérieures de la division, qui s'écartent et forment un hiatus. Pour lutter contre cet écartement antérieur, vous avez alors recours au fil, qui doit mettre en contact les surfaces disjointes. Dans ces conditions, toute la partie antérieure de la plaie se trouve enfermée dans un triangle dont la base est métallique et inflexible. Le fil, pour être bien appliqué, doit exercer une constriction assez forte, et le point sur lequel porte la traction du fil est précisément le point le plus mince, le moins résistant. Dès lors il y a tendance à produire la déchirure de cette partie. L'épingle doit tendre à couper les tissus situés en avant d'elle, et cette tendance est des plus manifestes. On voit, en effet, quelquefois cette section s'opérer complétement ; dans d'autres cas, il se fait des ulcérations, ou même de la gangrène ; et toute cette surface triangulaire ainsi étranglée peut se sphacéler. Il me paraissait donc urgent de supprimer cette compression, en substituant à la suture ainsi faite un moyen contentif simple. Voici comment je suis parvenu à mettre cette idée à exécution :

J'ai fait faire une petite plaque, primitivement en caoutchouc et ensuite en corne, pour l'avoir plus résistante. Cette plaque est percée de trous ; je la glisse derrière la lèvre ; j'engage dans les trous de cette plaque un fil do chaque côté, formant une anse postérieure, tandis que chaque chef de co fil, armé d'une aiguille, traverse à égale distance, et d'avant en arrièro, la lèvre auprès de son bord divisé et avivé. Sur chacun des côtés de cette dernière est placé de même un double fil. Ceci fait, une autre plaque semblable à la première et percée de trous, est appliquée sur la face antérieure des lèvres. Les fils sont engagés dans les trous et noués ensuite sur un rouleau de diachylon.

De cette façon, la division labiale bien affrontée sur toute sa surface saignante légèrement comprimée, se cicatrise sans accidents.

J'ai appliqué cet appareil sur un adulte de 26 ans. Dès le lendemain,

en enlevant la plaque antérieure, j'ai pu reconnaître que la réunion était parfaite. J'ai néanmoins réappliqué l'appareil, que j'ai laissé en place trois jours. Les trous des fils étaient imperceptibles. Je dois dire qu'il est survenu chez ce malade un peu de gonflement sans rougeur érysipélateuse; je me suis contenté de relâcher un peu les fils.

Cette suture me paraît applicable à beaucoup d'autres lésions, chaque fois qu'elle peut être placée sur des parties libres. Ainsi, par exemple, dans les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales. J'ai déjà conçu un procédé pour l'extraction de la plaque intra-vésicale dans la fistule vésico-vaginale.

M. Guersant, tout en reconnaissant la justesse des observations de M. Denonvilliers sur les inconvénients inhérents à la suture entortillée, pense cependant que bon nombre de ces accidents peuvent être prévenus en suivant toutes les précautions indiquées.

Quant à l'application d'une plaque sur la partie postérieure de la division labiale après la suture, je partage absolument les opinions de M. Denonvilliers, et je crois que l'on augmente les chances de succès en soustrayant, par ce moyen, la plaie aux efforts de succion et aux impulsions transmises par la langue chez les jeunes enfants.

M. Denonvilliers m'avait déjà parlé de cette petite addition apportée au pansement, et sur un malade j'y ai eu recours.

M. Huguier reconnaît aussi la justesse des accusations dirigées contre la suture entortillée; mais il pense qu'on pourrait améliorer ce genre de suture en se servant d'épingles moins résistantes, comme celles, par exemple, employées par les naturalistes, et en ayant soin de les recourber en avant.

Après quelques observations de MM. Cloquet et Guersant, la discussion est close.

— M. Verneuil, au nom de M. Jules Roux, donne communication de l'observation suivante.

Amputation tibio-tarsienne.

Adoptant les conclusions de M. le docteur Verneuil dans le rapport qu'il a lu dans la séance du 12 juillet 1855, la Société de chirurgie a bien voulu m'engager à lui faire parvenir les nouveaux documents que je pourrais recueillir sur l'amputation tibio-tarsienne.

Je viens aujourd'hui l'entretenir d'un nouveau cas d'amputation de ce genre, pratiquée il y a dix mois, dont le résultat est des plus satisfaisants, comme l'attesteront l'observation, le modèle en plâtre qui l'accompagne et les renseignements complémentaires qui pourront être

donnés par M. le docteur Gariel, qui a récemment examiné l'opéré avec la plus grande attention.

J'aime à penser que mon observation détaillée trouvera une certaine opportunité dans sa coïncidence avec les travaux de la Société, qui tendent à fournir de nouveaux documents à la solution de la question qu'elle a proposée pour sujet do prix do 1856 : « Faire connaître les » résultats ultérieurs des amputations des membres abdominaux. » (Séance du 19 juillet 1854.)

Gangrène du pied gauche suite de typhus. Amputation tibio-tarsienne. — Procédé de nécessité. — Guérison. — Déambulation facile depuis sept mois.

Le condamné Maxime, âgé de trente-quatre ans, est d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution ; il doit encore passer dix ans au bagne, où il est depuis quatre années.

Ce malade provient de la salle des fiévreux, à peine convalescent d'un typhus très-grave qu'est venu compliquer la gangrène du pied gauche.

Le 2 mai 1855, à son entrée dans la salle des blessés, on observe :

Etat général. — Stupeur moindre, céphalalgie obscure, pas de fièvre, abdomen indolore, langue humide, sommeil encore agité, appétit ; sentiment des forces plus prononcé.

Etat local. — Pied gauche entièrement noir, exhalant l'odeur de la gangrène ; des bourgeons charnus rouges limitent le sphacèle qui est circonscrit par une ligne qui, partant en arrière et au-dessous de la malléole interne, passerait sur la face dorsale du pied à trois centimètres en avant de l'articulation tibio-tarsienne, arriverait à un centimètre de la malléole externe, et de ce point descendrait obliquement sous la plante du pied pour rejoindre la malléole interne. L'artère tibiale postérieure bat sur la limite des bourgeons charnus : il n'y a donc de parties molles saines que le talon dans l'étendue de six centimètres, les régions externe, postérieure, interne, à partir de la tibiale postérieure.

Mon procédé à lambeau *plantaire latéral interne* ne me paraissant pas applicable dans ce cas, à cause de la destruction d'une grande étendue des parties molles de la face interne du pied, j'ai eu recours à un procédé *de nécessité*, dans lequel le couteau a exactement suivi la ligne tracée par la nature dans la limitation de la gangrène ; j'ai presque accompli le procédé de Syme, rendu ici plus facile par l'incision commencée bien plus en arrière que ne le fait le chirurgien anglais.

Le 5 mai, l'opération eut lieu dans l'éthérisme chloroformique.

Les premiers jours les choses suivent une marche régulière, bien que la réunion par première intention ait échoué. Mais bientôt une inflammation violente des gaînes synoviales antérieures se déclare; un foyer purulent s'y montre. Une incision est pratiquée; la suppuration est très-abondante. Une injection de teinture d'iode étendue d'eau à mélange égal est alors faite dans le foyer, suivant la direction des gaînes tendineuses. Une amélioration rapide s'ensuit, et les lambeaux peuvent de nouveau être rapprochés à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Peu après (7 juin) un nouvel abcès se forme à la partie interne le long du tendon d'Achille; il nécessite de nouvelles incisions, et fournit une suppuration des plus abondantes. En même temps, à la partie externe apparaît une plaie de position provoquée par l'état général et par l'indocilité du malade, qui se refuse avec opiniâtreté à garder la position qu'on donne au membre. Cependant la réunion du lambeau plantaire fait sans cesse des progrès; il ne reste plus dans le milieu qu'un espace de 3 centimètres dans lequel la peau se rocroqueville, et qui ne se cicatrise définitivement que par l'application réitérée du nitrate d'argent.

Peu à peu l'inflammation des gaînes tendineuses se dissipe, la suppuration se tarit, et la cicatrisation est complète le 20 juin. Pendant tout ce temps le malade n'a cessé d'être soumis à un régime tonique et réparateur.

Le 1er août, quatre-vingt-sept jours après l'opération, Maxime a commencé à marcher avec une bottine en cuir très-fort et à l'aide de béquilles, qu'il remplaçait quelques jours après par un simple bâton. L'œdème des jambes, inséparable des premiers temps de la déambulation, a été de peu de durée.

Aujourd'hui, 5 mars 1856, dix mois après l'opération, et sept mois depuis que la marche s'accomplit sans interruption et sans accident aucun, voici quel est l'état du blessé :

Le moignon, d'une coloration naturelle, est souple, mobile sur l'extrémité inférieure de la jambe; la peau n'offre ni rougeur, ni excoriation, ni douleur, et c'est en vain qu'on chercherait à y découvrir un point plus sensible qu'un autre. Les callosités épidermiques qu'on y rencontre quelquefois sont de temps en temps coupées par le malade. La cicatrice, non adhérente, solide, ne porte pas sur l'appareil de prothèse, bien que située trop inférieurement par suite de l'exiguïté du lambeau plantaire, que la gangrène n'avait pas permis de conserver plus grand. La marche s'accomplit aisément toute la journée sans le

secours d'un bâton, sans claudication prononcée, sans fatigue plus grande de ce membre que de l'autre, et à l'aide d'un appareil grossier d'un prix modique.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que le membre inférieur gauche est, dans toute son étendue, moins volumineux que le droit; que la différence va en augmentant de la racine vers l'extrémité; que tandis que la circonférence la plus étendue du mollet droit est de 39 centimètres, celle du gauche n'en mesure que 30.

Maxime, qui a recouvré tout son embonpoint et la force de sa constitution, est depuis plusieurs mois servant d'appareil dans la salle des blessés, où il remplit toutes les obligations de sa condition.

Sur le modèle en plâtre que j'ai l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie, et que j'ai fait mouler sur le moignon de Maxime il y a vingt jours à peine, il sera facile de prendre une idée plus complète du résultat définitif de l'amputation qui a fait le sujet de cette communication.

Après quelques observations de M. Verneuil sur l'importance de cette observation, la Société décide l'insertion du travail de M. J. Roux dans les *Bulletins*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Larrey présente à la Société une masse cancéreuse considérable provenant d'un double ostéosarcome du maxillaire supérieur droit et de la clavicule gauche.

L'observation, recueillie dans tous ses détails par M. le docteur Védrenne, aide-major de l'armée, peut se résumer ainsi :

Un ex-sous-officier de carabiniers, en garnison à Rambouillet, jeune, bien constitué, n'ayant eu dans sa famille aucun antécédent de cancer ni lui-même d'accidents syphilitiques, si ce n'est une blennorrhagie aiguë, est atteint, au mois d'août 1855, d'un gonflement spontané de la joue droite, suivi d'ulcération des gencives au niveau de l'os maxillaire supérieur du côté droit, avec mobilité des dents, qui tombent ensuite et laissent à nu l'os malade.

Quelques jours après, un simple effort de l'épaule gauche détermine une fracture de l'extrémité externe de la clavicule, qui se tuméfie presque aussitôt de plus en plus, et se ramollit ensuite progressivement vers son extrémité interne comme au niveau même de la fracture. Une troisième tumeur se forme bientôt après au-dessous de cet os, et remplit le creux sous-claviculaire.

Une fluctuation apparente en ce point motive l'application du caus-

tique de Vienne, mais à la chute de l'eschare apparaît une fongosité saillante qui augmente de plus en plus de volume et acquiert en peu de temps une énorme dimension. La clavicule n'est déjà plus appréciable sous cette masse morbide, qui, par ses caractères locaux et son influence sur l'état général, offre les signes d'un cancer encéphaloïde, ainsi que la tumeur beaucoup plus petite de la mâchoire. Les douleurs lancinantes, le ramollissement progressif de la tumeur de l'épaule, la suppuration fétide et colliquative entraînent enfin le marasme et la mort du malade le 18 mars 1856.

L'autopsie démontre, comme on peut le voir sur la pièce anatomique, la destruction totale de l'os maxillaire supérieur et de la clavicule par la dégénérescence cancéreuse.

Le secrétaire, E. Laborie.

Séance du 26 *mars* 1856.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Guersant présente un jeune garçon de dix-sept mois qui porte sur le front, à gauche, près de l'arcade surcilière, une tumeur mobile, assez consistante, sans altération de couleur à la peau, indolore, n'augmentant pas sous l'influence des cris et des efforts. Cette tumeur doit-elle être extraite? Elle paraît être constituée ou par de la graisse, ou par du tissu fibreux ou fibro-plastique.

M. Cloquet. Les caractères que présente cette tumeur indiquent assez qu'elle ne peut être ni vasculaire ni adhérente aux os, qu'elle n'est pas formée par une hernie du cerveau ou de ses enveloppes. Il faut l'enlever.

— M. Boinet présente une jeune fille qui, à la suite d'une affection gangréneuse, a subi une énorme perte de substance de la joue droite. Par l'ouverture anormale qui existe, on aperçoit les dents maintenues rapprochées, car la mâchoire inférieure est tout à fait immobile; on peut constater qu'il existe une perte de substance à la voûte palatine.

L'affection gangréneuse s'est développée après l'avulsion de deux dents. En quatre jours, la mortification était complète.

Quatre autres enfants, qui ont été pris de la même affection à la même époque, ont succombé.

M. Marjolin. Il y a eu sans doute une stomatite gangréneuse. No se serait-elle pas montrée sous l'influence de quelque affection éruptive?

M. Laborie demande des renseignements sur la profession des parents.

M. Boinet répond que l'enfant n'a pas eu d'éruption. Quant à la profession des parents, il sait que le père fabrique des essences de fleurs.

M. Guersant admet aussi, comme cause de la gangrène, une stomatite gangréneuse.

Quant au traitement actuellement applicable, la mâchoire inférieure paraissant fixée d'une manière définitive en raison de la transformation des masséters dégénérés, M. Guersant pense qu'il n'y a rien à obtenir sur ce point.

Il est d'avis que dans ces conditions il serait inutile de combler la perte de substance, car on aurait la plus grande peine sans cet hiatus artificiel à nourrir la petite malade.

M. Cloquet a les mêmes idées sur l'origine de la maladie. Il est d'avis que la stomatite gangréneuse peut être heureusement arrêtée quand on est appelé à son début. Il est une certaine forme de stomatite qui règne épidémiquement dans les armées et qui est bien plus grave; elle atteint surtout les soldats qui ont subi l'influence du froid pendant une nuit passée sous les armes. Les mâchoires se dénudent, se nécrosent, et, malgré les traitements les mieux dirigés, les malades succombent.

Pour en revenir à la malade de M. Boinet, la mâchoire inférieure paraît bien perdue d'une manière définitive, mais on pourrait diminuer la difformité par l'autoplastie.

M. Larrey. Je voulais rappeler à la Société les faits de stomatite gangréneuse signalés par M. Cloquet, et qui ont été fréquemment observés en Algérie.

Quant à la jeune malade, je ne l'abandonnerais pas sans essayer de modifier son état. On a imaginé d'excellents instruments pour des cas de ce genre. Pourquoi n'y pas recourir? J'ai conseillé, à la suite de lésions de la face qui avaient déterminé une immobilité de la mâchoire inférieure, l'emploi de ces instruments, qui ont été parfaitement décrits dans une bonne thèse de M. Sarrazin.

M. Bouvier. Je suis en tous points de l'avis de M. Larrey. Je sais qu'on a réussi avec les instruments dans des cas qui semblaient désespérés. Il faut donc tenter quelque chose sur cette jeune enfant. Je

puis citer un fait à peu près analogue dans lequel on est parvenu à rendre à la mâchoire assez de mouvement pour permettre la mastication. On s'était servi d'abord d'un cône à vis, et, après avoir obtenu un certain degré d'ouverture, on avait remplacé cet instrument par deux plaques, qui, appliquées sur chaque mâchoire, étaient ensuite éloignées l'une de l'autre au moyen de vis.

Après avoir eu recours à l'action mécanique seule, on pourrait, si cela était nécessaire, faire quelques débridements.

M. Guersant persiste à penser que l'on ne pourra rien obtenir d'avantageux par les moyens proposés.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Reybard adresse à la Société, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail intitulé *Mémoire pour servir de comparaison entre l'urétrotomie extra-urétrale et l'urétrotomie intra-urétrale, et entre les deux procédés dont se compose cette dernière méthode.* (Commissaires : MM. Guérin, Lenoir, Michon.)

— A l'occasion du concours du Bureau central, MM. Gosselin, Robert, Denonvilliers, Chassaignac, Verneuil et Houel demandent un congé.

— M. Adolphe Richard, chargé du cours de pathologie externe pendant le semestre d'été, demande également un congé. .

— A propos du procès-verbal, M. Larrey demande la parole pour communiquer l'observation complète du malade dont il avait parlé dans la dernière séance, malade qui avait succombé au développement rapide d'un ostéosarcome du maxillaire supérieur droit et de la clavicule gauche. Cette observation, recueillie avec le plus grand soin, sera déposée dans les archives.

M. Cloquet est frappé de la rapidité de la marche de l'affection cancéreuse dans le fait rapporté par M. Larrey. Le malade, sain, robuste, bien portant du reste, sans mauvais antécédents héréditaires, a été enlevé en un temps très-court par le cancer. Ne peut-on comparer cette forme de la maladie à la tuberculisation rapide que l'on nomme *phthisie galopante*, et ne pourrait-on pas désigner de même ces cancers sous le nom de *galopants*.

M. Marjolin pense que dans un grand nombre de cas le cancer se développe d'autant plus rapidement que le malade qui le porte est jeune et d'une constitution vigoureuse.

La même remarque peut être faite aussi dans le jeune âge. Plusieurs observations soumises à la Société semblent justifier cette opinion. La repullulation subirait aussi les mêmes lois et paraîtrait bien plus rapide sur les sujets robustes et d'un grand embonpoint.

M. Hervez de Chégoin ne partage pas cette manière de voir. En outre, il est disposé à admettre que l'opération tend à donner, dans un grand nombre de cas, une impulsion à la généralisation du cancer.

Revenant sur le fait de M. Guersant, M. Hervez de Chégoin rapporte un cas de lipome énorme situé sur la région dorsale d'un nouveau-né. MM. Cloquet et Morel-Lavallée citent des cas analogues. Le malade de M. Morel offrait son lipome sur la région sternale; il était enkysté. On l'avait pris pour une tumeur érectile.

M. Boinet, revenant à la question du cancer, dit que la nature de l'affection cancéreuse exerce une grande influence sur la marche de la maladie, et que chez les vieillards, par exemple, la marche lente de l'affection tient à la forme cancéreuse si commune à un âge avancé, à savoir, le cancroïde.

M. Giraldès, rappelant une statistique intéressante qui semblerait prouver que l'ablation du cancer tendrait à hâter la mort des malades, pense qu'il faut tenir compte de la remarque de M. Hervez, puisque l'expérience personnelle de notre honorable collègue viendrait à l'appui de la statistique.

Après quelques observations de MM. Marjolin, Cloquet et Larrey, la discussion est close.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

Séance du 2 avril 1856.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Richard présente, au nom de M. Denonvilliers, le malade soumis à l'examen de la Société dans la séance du 6 février. Cet homme, qui, à la suite d'une brûlure, offrait un renversement des deux paupières du côté droit, a été opéré par un procédé autoplastique décrit par M. Denonvilliers. Il est maintenant complétement guéri des suites de l'opération. Les paupières ont été maintenues réunies entre elles. Dans quelques mois on détruira cette adhérence des paupières.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Crocq, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, les ouvrages suivants :

Traité des tumeurs blanches des articulations;

Etudes sur le traitement des fractures de la jambe;

Sur la méthode amovo-inamovible et le bandage ouaté;

De la production et du mécanisme des positions dans les maladies articulaires;

Du traitement de l'ostéite vertébrale et des abcès par congestion;

Du traitement des fractures des membres. (Commission : MM. Lenoir, Larrey et Bouvier.)

— M. Larrey fait hommage d'une notice sur l'occlusion des paupières dans le traitement des ophthalmies et des maladies des yeux.

— M. Marjolin dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Seutin, membre correspondant, un mémoire imprimé sur les moyens de faire cesser l'étranglement herniaire sans recourir à l'opération sanglante.

Après avoir donné une analyse de ce travail, M. Marjolin exprime le regret que M. Seutin n'ait pu assister à la séance pour développer ses idées sur son nouveau mode de réduction des hernies étranglées par la déchirure de l'anneau inguinal ou du ligament de Gimber-

nat à l'aide du doigt, sans opération préalable, sans instrument tranchant.

Après cette communication de M. Marjolin, faite au nom de M. Seutin, la Société décide, sur la proposition de plusieurs membres, que le travail de M. Seutin ne saurait être discuté. Pour que la discussion puisse avoir lieu, M. Seutin devra envoyer, sous forme de mémoire manuscrit, la description de sa méthode, ou mieux encore assister à la séance.

Le secrétaire de la Société, Dr E. LABORIE.

Séance du 9 *avril* 1856.

Présidence de M. HUGUIER.

CORRESPONDANCE.

M. SOULÉ (de Bordeaux) fait hommage de son travail sur l'injection du perchlorure de fer dans le système veineux, considérée comme moyen de guérir les varices et les ulcères rebelles des membres inférieurs.

— M. MARJOLIN donne lecture de la note suivante, adressée par M. Debout au sujet de la discussion qui a eu lieu dans ces dernières séances sur les diverses méthodes de traiter la fistule lacrymale :

« C'est avec juste raison que M. Robert est venu, dans une de nos dernières séances, appeler l'attention de la Société sur la valeur de la trépanation de l'os unguis comme traitement *chirurgical* de la fistule lacrymale; il n'en est pas, en effet, de plus efficace. Si M. Reybard, dans le mémoire qu'il a lu il y a quelques années à l'Académie de médecine, avait jeté un coup d'œil sur l'histoire de l'art, il aurait pu baser la pratique nouvelle qu'il proposait sur l'enseignement traditionnel de la chirurgie, et eût ainsi fixé davantage l'attention de ses confrères. Le passé de la science est souvent la base la plus solide que nous puissions fournir de la valeur des moyens nouveaux que nous formulons. Après avoir montré, par des citations empruntées à Archigène, Galien, Aétius, Paul d'Egine, que la *méthode de la perforation de l'unguis* a été réellement créée par la médecine antique, M. Debout s'empresse d'ajouter que le moyen manquait pour la mettre toujours en œuvre avec succès, et que c'est ce *desideratum* que le sagace chi-

rurgien de Lyon est venu combler en dotant l'arsenal chirurgical de ses deux ingénieux instruments.

» En vous adressant cette note, mon but n'est pas de jeter seulement un coup d'œil rétrospectif; la science moderne a d'autres exigences; elle réclame des faits nombreux avant d'inscrire un moyen comme progrès réel. Aux dix cas de guérison fournis par MM. Robert et Demarquay à l'appui des bons résultats du procédé de M. Reybard, permettez-moi d'en ajouter treize autres obtenus par notre collègue M. Bonnet (de Lyon). Dans un entretien récent, ce savant chirurgien nous disait que depuis 1850 il ne pratiquait plus d'autre méthode que celle de la trépanation de l'os unguis à l'aide des instruments de M. Reybard. Seulement, lorsque le sac est infiltré de suppuration, il le cautérise avec un peu de pâte de Canquoin, ainsi que l'a dit M. Philipeaux dans son excellent *Traité de la cautérisation.*

» Un précepte qui ressort de la pratique de M. Bonnet, précepte dont nos collègues sentiront toute la valeur, est que la perte de substance pratiquée à l'unguis, pour donner des résultats durables, doit avoir à peu près l'*étendue de l'ongle du petit doigt.*

» L'absence complète de larmoiement chez ses malades guéris de fistule lacrymale a détourné M. Bonnet de la pensée de s'assurer par l'injection des points lacrymaux si la voie nouvelle créée à travers la cloison nasale persistait. Nous dirons toutefois à M. Monod que l'observation des faits publiés par les chirurgiens qui ont donné la préférence à la méthode de l'oblitération des voies lacrymales, soit par le fer rouge, soit par le caustique, semble démontrer que le larmoiement n'est pas aussi à redouter qu'on l'a cru pendant longtemps. La phlegmasie du sac détruite, ce phénomène morbide, lorsqu'il ne disparaît pas complétement, ne se montre que d'une manière passagère et accidentelle.

» Avant de terminer, permettez-moi de rappeler un dernier point soulevé par la communication de M. Cloquet : l'existence des diathèses. Le savant professeur a rappelé la syphilis; elle n'est pas la seule dyscrasie qui imprime aux fistules un cachet spécial, source d'indications qui ressortissent à la médecine. Les procédés opératoires sont plus expéditifs, et présentent, surtout aux yeux du vulgaire, des résultats moins contestables que ceux qui suivent l'action des agents de la matière médicale. Mais l'œuvre thérapeutique de ces derniers, pour se poursuivre plus lentement, n'en fournit que des résultats plus durables. Le traitement médical, dans ces cas de diathèse, prépare le succès des opérations et en assure les résultats quand il ne rend pas inutile l'in-

tervention des instruments. J'en ai un exemple sous les yeux au moment où j'écris ces lignes. Ma blanchisseuse, qui habite Meudon, était affectée d'une tumeur lacrymale avec carie de l'os unguis; les collyres et les pommades iodurées, l'iodure de potassium à l'intérieur, mis en usage par un oculiste des plus recommandables, étaient restés sans effet, et il devait recourir à l'emploi du fer rouge. Cette femme pusillanime ne voulait pas entendre parler d'opération; elle me demanda un conseil. Je prescrivis le proto-iodure de fer. A dater du quinzième jour de ce nouveau traitement, les abcès et la tumeur, qui se reproduisaient sous l'influence du moindre coup d'air, cessèrent de se manifester; à la fin du troisième mois, la saillie de l'unguis avait disparu; l'exfoliation s'en était faite insensiblement, et cette femme était guérie de sa tumeur et du larmoiement qu'elle provoquait. Ce succès n'est pas le seul que nous pourrions citer à l'appui de l'emploi du proto-iodure de fer. Mais pour le moment, je dois borner mon jugement au sujet en discussion.

» Je conclurai en disant :

» 1° Que, de toutes les ressources chirurgicales vantées pour le traitement des fistules lacrymales réfractaires à l'action thérapeutique des agents de la matière médicale, la méthode la plus ancienne, la trépanation de l'os unguis, est encore la plus efficace;

« 2° Que l'invention des instruments ingénieux de M. Reybard est venue réaliser un progrès marqué, puisqu'ils fournissent un moyen plus certain d'atteindre le but que la chirurgie poursuit depuis des siècles. »

M. Forget fait observer que la conclusion du travail de M. Debout semble faire une part trop exclusive à la méthode de la perforation de l'os *unguis*. La Société dans la discussion sur ce sujet n'a pas paru complétement édifiée sur la valeur de cette méthode; c'est là évidemment une question encore à l'étude, et l'on ne peut laisser passer sans protestation le jugement porté par M. Debout, qui proclame que la perforation reste le meilleur traitement de la fistule lacrymale.

COMMUNICATION.

M. Lenoir fait les communications suivantes :

1° Exostose éburnée dans les fosses nasales. — Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen deux pièces qui m'ont paru mériter de fixer votre attention.

La première de ces pièces est relative à une exostose éburnée dé-

veloppée dans les fosses nasales. Je ne connais que deux faits analogues appartenant le premier à M. Michon et le second à M. Maisonneuve.

La malade qui fait le sujet de mon observation est âgée de vingt-huit ans. Elle présentait à l'orifice de la narine gauche une tumeur, blanche, dure, un peu mobile, offrant les caractères très-distincts de l'exostose éburnée. En outre de cette première tumeur saillante à l'extérieur, on pouvait reconnaître qu'il en existait une seconde plus profondément située formée sur l'os *planum* ou aux dépens de cet os, celle-ci faisait saillie du côté de l'orbite, soulevant la paupière supérieure et déplaçant l'œil, qu'elle refoulait en dehors.

Je me décidai à enlever ces deux tumeurs : à l'aide d'une incision médiane, je divisai le nez de haut en bas; par une dissection facile, je mis l'os propre du nez à nu, et je l'enlevai à l'aide d'une pince de Liston. Je mis ainsi à découvert la tumeur supérieure tout entière; elle adhérait à la base du crâne entre l'apophyse orbitaire et les fosses nasales; elle était parfaitement immobile. Je la détachai à l'aide de la gouge et du maillet; cette ablation se fit sans difficulté. Quant à la tumeur inférieure, en raison de sa mobilité, elle se détacha avec une extrême facilité.

Un grand nombre de polypes muqueux se rencontraient sur toute la surface de la muqueuse des fosses nasales : ces polypes ont été arrachés.

La malade, qui a été opérée hier matin, est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant.

Pour m'assurer de l'origine de ces tumeurs, j'ai examiné les sinus : j'ai introduit mon doigt dans le sinus maxillaire; je l'ai trouvé tout à fait sain; la même exploration dans le sinus frontal, que j'ai pu débarrasser des mucosités qui le remplissaient, m'a donné les mêmes résultats. Ainsi j'ai la conviction que ces tumeurs étaient tout à fait étrangères aux sinus.

M. Cloquet. J'ai eu l'occasion de voir des polypes muqueux ossifiés; on pouvait facilement les détacher. Sur une jeune fille, j'ai fait cette opération; la tumeur était mobile; je la trouvai dure; je pus l'arracher sans de grands efforts. L'extérieur de la tumeur était formé par une coque osseuse, et dans le centre de cette coque je trouvai une production molle analogue de tous points aux polypes muqueux. Dans une autre circonstance, j'ai retrouvé ces mêmes ossifications dans un polype muqueux situé à la partie la plus profonde des fosses nasales et descendant jusque dans le pharynx; mais dans ce cas l'ossification oc-

cupait le centre de la tumeur. Une ligature placée sur le pédicule de ce polype n'ayant pas déterminé sa chute, je me décidai à l'arracher. C'est alors seulement que je reconnus la présence d'une arête osseuse longue de plusieurs centimètres et occupant le centre du pédicule pour se perdre ensuite dans la tumeur. Les tumeurs présentées par M. Lenoir n'auraient-elles pas la même origine ?

M. Giraldès. Les productions osseuses du genre de celle que nous présente M. Lenoir semblent prendre naissance dans la membrane de Schneider et dans le périoste qui tapisse les sinus ; elles peuvent acquérir un volume considérable. J'en ai vu de nombreux échantillons tant en France que dans les musées anatomiques anglais. Dans les recherches que j'ai faites sur les sinus, j'ai pu trouver de ces ossifications en très-grand nombre se montrant sous la forme de petites perles d'une dureté d'ivoire.

M. Larrey. M. Broca me rappelle précisément une pièce qui appartient au musée du Val-de-Grâce. Il s'agit aussi d'une exostose éburnée développée dans la paroi antérieure du sinus frontal ; elle remplit toute la cavité du sinus élargie par la tumeur osseuse, qui faisait en même temps saillie considérable dans la cavité de l'orbite.

M. Forget appuie les observations de M. Giraldès. Il a pu voir à Alfort de ces productions osseuses développées en grand nombre dans les sinus sphénoïdaux des chevaux ; elles se dirigent vers le cerveau ; on les a prises pour des ossifications de cet organe ; ces cas sont très-bien décrits dans un travail de M. Goubaud, inséré dans le *Journal de médecine vétérinaire*.

M. Giraldès. M. Forget n'a pas bien présent à la mémoire le travail de M. Goubaud, car j'ai eu l'occasion de causer avec cet auteur, qui ne considère pas ces tumeurs comme se développant dans les sinus.

M. Cloquet. Je suis loin de nier l'étiologie de bon nombre de ces ossifications qui peuvent sans doute naître dans les sinus ; mais il y a évidemment des exceptions , et le fait particulier que j'ai cité ne peut laisser aucun doute à ce sujet.

M. Giraldès. Les petites exostoses perlées que j'ai signalées ne sont pas les seules formes d'ossification qui se montrent dans les sinus. Ainsi quelquefois j'ai vu de ces productions affecter la forme d'aiguilles ; alors elles se rencontrent en nombre considérable et se plongent dans tous les sens au milieu d'un tissu comme spongieux, qui remplit la cavité des sinus. M. Follin m'a montré une pièce de ce genre, et j'en ai vu d'autres dans le Musée de l'hôpital, à Londres.

M. Lenoir. La pièce qui fait le sujet de cette discussion ne paraît pas avoir une origine douteuse ; elle est tout à fait étrangère aux sinus ; on voit en effet qu'une des tumeurs est formée aux dépens du cornet inférieur. Quant à la considérer comme une ossification de polype, cette hypothèse me paraît peu admissible, surtout en considérant qu'il s'agit ici de polype muqueux, et la transformation osseuse ne se rencontre guère que dans les polypes fibreux.

M. Cloquet, sans assimiler le fait de M. Lenoir à celui qu'il a cité, persiste à croire à la possibilité de l'ossification dans les polypes muqueux.

2° Calcul situé dans l'urètre. — M. Lenoir. Le deuxième fait que je communique à la Société est relatif à un calcul volumineux logé dans les parties membraneuse et prostatique de l'urètre. On sentait ce corps étranger dans la région périnéale. Une tentative de lithotritie fut faite ; l'opérateur put parvenir à saisir la pierre, et, comme on put le constater, elle a été brisée en deux portions. On conçoit difficilement comment l'instrument lithotriteur a pu passer. Quoi qu'il en soit, on ne put continuer, et je pratiquai la taille bilatérale. J'aurais pu, suivant le procédé de Celse, me contenter de faire saillir le calcul, et faire l'incision sur lui. J'ai eu le tort de ne pas agir ainsi. Un cathéter, introduit, avait glissé jusque dans la vessie, et a rendu l'opération assez difficile. Dès que j'ai reconnu la position exacte du corps étranger, j'ai fait l'incision de la taille bilatérale, et j'ai achévé l'opération avec un lithotome double. L'extraction du calcul a été assez pénible. Le malade a succombé, et dans une prochaine séance je donnerai des détails sur l'autopsie.

M. Demarquay. J'ai vu deux malades qui avaient aussi des calculs dans la même portion de l'urètre. L'un de ces malades a été opéré par M. Le Roy-d'Etiolles ; il y avait trois pierres. J'ai fait un rapport sur ce sujet. L'opérateur voulut extraire les calculs en incisant par le rectum ; l'opération ne fut pas heureuse.

Le deuxième malade, que j'ai vu au Val-de-Grâce avec M. Larrey, avait un seul calcul, moins volumineux que celui enlevé par M. Lenoir. Je pense que l'opération serait bien plus facile en détachant le canal du côté du rectum à l'aide d'une incision courbe, et en ouvrant ensuite l'urètre par une incision longitudinale.

M. Hervez de Chégoin a fait l'extraction d'un calcul ainsi situé dans la prostate, et n'a pas eu à pénétrer dans la vessie. Et je dois ajouter, dit M. Hervez, que j'avais cru d'abord être dans la vessie ; je

n'étais cependant que dans la portion membraneuse de l'urètre, considérablement dilatée, ce qui permet de s'expliquer comment, avec cette dilatabilité si facile de cette portion du canal, on a pu faire manœuvrer l'instrument lithotriteur chez le malade de M. Lenoir.

M. Maisonneuve. Dès que l'instrument lithotriteur a pu être introduit entier, on ne doit pas s'étonner que le calcul ait pu être saisi, car si les deux branches étaient entrées, il devait toujours être possible de dégager la branche femelle, et de la faire passer là où les deux avaient passé.

M. Cloquet cite des faits qui démontrent à quel degré le canal peut se laisser dilater par des corps étrangers. Un de ces faits est relatif à un jeune homme chez lequel cette dilatation était si considérable que l'urine, lorsqu'elle avait été chassée par la contraction de la vessie, venait s'accumuler dans la portion membraneuse du canal, formant comme une deuxième vessie, qui n'était vidée ensuite que par les pressions que l'on exerçait directement sur elle.

M. Hervez de Chégoin entre dans quelques considérations pratiques sur la cause qui détermine la mort après l'opération de la taille. Il pense que dans le plus grand nombre des cas elle doit être attribuée à une infiltration urineuse qui file sous le péritoine, et peut remonter jusque vers le diaphragme. Pour éviter un pareil accident, il faut donner à l'incision, dans la partie profonde, le moins d'étendue possible. Il est préférable de déchirer les tissus si le calcul présente un volume un peu considérable.

M. Hervez a assisté à une opération pratiquée par Souberbielle. Le malade mourut, et, contre l'opinion émise par l'opératenr, qui croyait la mort déterminée par une péritonite, il annonça que le malade avait dû succomber par le fait de l'infiltration de l'urine. L'autopsie démontra la justesse de ce pronostic.

M. Lenoir pense, en effet, que la mort peut bien être le résultat de l'infiltration de l'urine, mais pas aussi fréquemment que semblerait l'admettre M. Hervez. Sur un nombre de soixante-dix malades opérés, j'ai eu environ un mort sur trois, et les autopsies m'ont démontré la justesse de mon appréciation. L'infiltration se remarque surtout chez les enfants, dont la prostate est peu volumineuse; elle est très-rare, au contraire, chez les vieillards, qui ont cet organe très-largement développé. Ajoutons que la taille latéralisée, en ne portant que sur un des côtés de la prostate, devait rendre plus fréquent l'accident signalé par M. Hervez. La taille bilatérale est infiniment préférable.

Lipome d'une forme insolite. — M. Demarquay présente à la Société une tumeur allongée, ayant assez exactement le volume et l'aspect d'un pénis. Cet appendice, formé de tissu graisseux, a été excisé de la région lombaire sur un jeune enfant.

M. Larrey rappelle à la Société qu'il a présenté une tumeur analogue que portait à la région ano-périnéale un carabinier; elle était aussi formée de tissu graisseux : elle s'était allongée et amincie sous l'influence de la pression à laquelle elle était soumise pendant l'exercice de l'équitation. L'ablation fut faite sans difficulté (1).

Fracture du bassin. Perforation intestinale. — M. Marjolin. La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux offre, je crois, un certain intérêt. Non-seulement elle est une preuve nouvelle que dans les contusions violentes de l'abdomen les parois peuvent être intactes, tandis que les organes renfermés à l'intérieur ont éprouvé les lésions les plus graves ; mais elle démontre aussi que dans les perforations intestinales il suffit de quelques heures pour donner lieu à des altérations pathologiques telles que, si les antécédents étaient ignorés, on pourrait affirmer à l'autopsie qu'elles sont le résultat d'une péritonite datant de plusieurs jours.

Un jeune garçon d'une douzaine d'années fut apporté dans mon service, à l'hôpital Sainte-Eugénie; il venait d'être atteint dans la région sacro-iliaque droite par l'extrémité d'un haquet, et pendant quelque temps il avait été serré entre la voiture et la muraille.

Au moment de son entrée, le blessé était pâle, les traits du visage profondément altérés, le ventre et tout le bassin très-douloureux, le pouls peu développé. Dès que l'état général le permit, l'interne de garde pratiqua une saignée du bras, qui amena d'abord quelque soulagement; mais bientôt tous les symptômes d'une péritonite suraiguë se manifestèrent; le pouls devint petit, fréquent; des vomissements abondants survinrent, et les douleurs abdominales augmentèrent.

Le lendemain, à la visite, je trouvai le malade couché sur le côté gauche, les cuisses fléchies sur le ventre; le moindre mouvement, le moindre contact sur l'abdomen amenait d'atroces douleurs. Le visage était anxieux, le pouls à peine sensible. Les matières rendues dans les vomissements étaient brunes comme des matières stercorales, mais sans odeur. En percutant l'abdomen avec beaucoup de précaution, on trouve l'estomac distendu par des gaz. La moitié gauche de l'abdomen

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 20 mars 1850.

conserve un peu de sonorité ; mais dans tout le côté droit, et surtout au niveau de la fosse iliaque droite, il y a une matité bien prononcée. Au niveau du pli de l'aine de la partie supérieure de la cuisse et dans la région sacro-iliaque du même côté, on voit une ecchymose sans fluctuation. Il n'y avait pas eu de garde-robes, et les urines étaient normales.

En présence d'un état aussi grave, j'évitai de faire des recherches inutilement douloureuses. Tout me portait à croire qu'il existait une fracture du bassin, compliquée et d'hémorrhagie interne et de la lésion de quelqu'un des organes renfermés dans l'abdomen.

Je me contentai de prescrire quelques boissons glacées pour tâcher de calmer les vomissements, et de faire appliquer sur le ventre des fomentations émollientes.

Dans la journée, les symptômes devinrent de plus en plus graves, et l'enfant succomba à huit heures du soir, sans avoir perdu connaissance.

A l'autopsie, nous trouvâmes les muscles de l'abdomen infiltrés de sang; une quantité assez considérable de sang coagulé était épanchée dans le bassin. Tout le péritoine offrait les traces d'une inflammation des plus violentes. Les anses intestinales étaient adhérentes les unes aux autres par des fausses membranes déjà solides ; lorsqu'on détruisait ces adhérences, on trouvait du pus réuni dans des espèces de foyers. Dans la fosse iliaque droite, on remarquait un vaste foyer assez bien limité par les intestins ; c'était là que s'ouvrait l'intestin grêle, perforé vers son tiers inférieur. Toutes les matières épanchées s'étaient en quelque sorte réunies dans ce foyer, dont les parois étaient tapissées par des fausses membranes épaisses et résistantes.

L'ouverture de l'intestin avait plus d'un centimètre de diamètre.

La péritonite avait été aussi générale que possible ; il existait des fausses membranes jusque sur la surface convexe du foie.

Les muscles psoas et iliaque du côté droit étaient infiltrés de sang.

Le bassin nous offrit, en outre, les lésions suivantes : des deux côtés, et principalement à droite, il y avait un diastasis de l'articulation sacro-iliaque ; les branches horizontale et descendante du pubis du côté droit étaient fracturées obliquement.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Séance du 16 avril 1856.

Présidence de M. Huguier.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président annonce la mort de M. Vidal (de Cassis), un des membres fondateurs de la Société.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide qu'elle ne tiendra pas de séance.

Une commission est tirée au sort pour assister aux obsèques de M. Vidal. Cette commission est composée de MM. Monod, Guersant, Larrey, Desormeaux, Danyau, Jarjavay, Voillemier, Chassaignac, Gosselin, Marjolin.

Le secrétaire, E. Laborie.

Séance du 23 avril 1856.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Déformation du pied. Subluxation de l'astragale. — M. Morel-Lavallée présente un malade âgé de vingt ans, qui depuis trois ans offre une déformation manifeste du pied. Les péroniers latéraux sont fortement contractés; l'astragale est porté en dedans, et le pied dans une rotation qui porte le bord interne en bas et en dehors. Que faut-il faire pour remédier à cette affection?

M. Guersant pense que ce malade est dans les conditions des individus qui ont tendance à avoir un pied-bot valgus et un pied plat. Il faut appliquer un appareil analogue à celui usité dans ce genre de difformité, et recourir, si ce moyen était insuffisant, à quelques sections tendineuses.

M. Houel signale comme cause active l'état de contraction des péroniers latéraux qu'il faudra débrider.

M. Broca pense qu'il n'y a rien à faire dans ce cas spécial.

Tumeur fibro-plastique de la cuisse. — M. Larrey présente un officier qu'il a opéré au mois de novembre dernier d'une tumeur fibrineuse ou fibro-plastique de la cuisse, vers l'articulation du genou,

après l'avoir préalablement soumis à l'examen de la Société. (Séance du 5 nov. 1855.)

La cicatrisation de la plaie, régulière d'abord, et même assez rapide dans les premiers temps , est demeurée stationnaire ensuite , et offre depuis près de quatre mois un point d'ulcération superficielle réfractaire à toute espèce de pansement. Un noyau enfin offrant l'apparence d'un gros bourgeon charnu s'est développé depuis quelque temps vers l'extrémité antérieure de la cicatrice , et d'après sa consistance autant que par son origine , paraît être un commencement de récidive de la tumeur déjà soumise à deux extirpations.

Le malade porte un appareil protecteur formé d'une large coque de cuir recouvrant toute la surface de la cicatrice, pour la préserver des frottements en éloignant ainsi les chances d'une récidive.

C'est un appareil analogue à celui-là que M. Larrey avait fait faire pour un autre militaire opéré trois fois par lui d'une tumeur fibro-plastique de la hanche, et dont il a été question souvent à la Société. Nulle récidive nouvelle n'est survenue depuis l'application de l'appareil.

M. Marjolin. La Société se rappelle sans doute les discussions qui ont eu lieu sur les tumeurs fibro-plastiques. Le fait présenté par M. Larrey vient à propos pour nous permettre de dire encore quelques mots sur cet important sujet. Vous voyez combien les faits de récidive et de généralisation du tissu fibro-plastique deviennent communs ; et nous ajôuterons de plus que des individus signalés comme guéris ont été depuis atteints de récidive et en sont morts. Tel est le malade dont l'observation est rapportée dans le livre de M. Lebert. Il y a dans ce cas repullulation de la tumeur dans les organes internes.

M. Chassaignac. Je puis donner des détails sur le fait auquel M. Marjolin fait allusion. Le malade , qui avait eu plusieurs récidives , a dû une guérison un peu plus prolongée à l'emploi de l'autoplastie lors de la dernière opération. La santé s'est maintenue bonne pendant dix-huit mois.

Lorsque de nouvelles tumeurs sont apparues, le malade est revenu à l'hôpital Lariboisière. Il avait alors une tumeur volumineuse sur l'épaule et une autre dans le ventre. Je n'ai pu pratiquer l'autopsie , et j'ignore si ces nouvelles tumeurs étaient de nature fibro-plastique.

Personne n'a nié la généralisation de ce genre de tumeur; mais ce qui est bien réel, c'est que les malades qui sont atteints de cette affection résistent parfaitement , et que les opérations déterminent une grande amélioration dans la santé. Ce n'est pas là ce qu'on remarque dans le cancer.

Sur un individu encore couché dans mes salles, j'ai déjà enlevé ainsi deux tumeurs. Chaque ablation a été suivie d'un mieux marqué dans l'état général, et je me propose d'enlever une troisième tumeur, encouragé que je suis par les antécédents.

— Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Marjolin communique le discours qu'il a lu sur la tombe de M. Vidal (de Cassis):

Messieurs,

La Société de chirurgie était encore sous la triste impression de la mort de M. le professeur Gerdy, et voici qu'un nouveau malheur vient de l'atteindre.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, l'un des membres fondateurs de la Société, a succombé, lui aussi, dans la force de l'âge, après de longues et cruelles souffrances.

Vidal naquit à Cassis (Bouches-du-Rhône) en 1803; il fit ses premières études à Marseille, fut interne de l'Hôtel-Dieu pendant quatre ans, sous la direction de M. Moullaud, chirurgien de l'hôpital. En 1826, il vint à Paris et suivit assidûment la clinique de Dupuytren.

En 1828 il fut reçu docteur.

Le sujet qu'il choisit pour sa thèse inaugurale était une question difficile de médecine opératoire sur laquelle l'expérience n'a pas encore entièrement prononcé, c'était la taille quadrilatérale.

Avec une imagination essentiellement méridionale, Vidal devait naturellement se diriger vers une position scientifique, où, à défaut d'une expérience encore mûrie par les années, l'érudition peut briller d'un vif éclat. Il se lança donc franchement dans la voie de la presse médicale, et ne tarda pas à s'y faire un nom.

Il écrivit ses premières pages dans le journal de la *Clinique*, travailla successivement dans la *Lancette*, dans la *Gazette médicale*, et plus tard coopéra à la publication du *Journal hebdomadaire*, dont Blandin et Forget (de Strasbourg) étaient les principaux rédacteurs, avec MM. Andral et Bouillaud.

Enfin, à une époque plus rapprochée, de concert avec MM. Velpeau, Bégin et Marchal (de Calvi), il rédigea les *Annales de la chirurgie française et étrangère*.

Si notre collègue se fût contenté du rôle d'écrivain critique, la part de réputation qu'il s'était acquise eût été encore assez belle; mais voulant aussi appartenir à la Faculté et aux hôpitaux, successivement il concourut pour l'agrégation et le Bureau central, sans trop s'inquié-

ter si sur sa route il ne rencontrerait pas quelque susceptibilité, quelque rancune, suscitées par sa critique parfois un peu mordante.

L'issue de ces deux concours lui fut favorable; mais ces deux nouvelles places ne le firent pas dévier de la carrière qu'il avait embrassée. Aussi, tout en remplissant avec zèle ses fonctions d'agrégé et de chirurgien des hôpitaux, il ne cessa point de travailler activement à la rédaction de recueils scientifiques, et en outre il publia diverses monographies sur plusieurs points de pathologie externe ou de médecine opératoire ; de plus, constamment il se tint prêt à rentrer dans l'arène des concours, et chaque fois qu'au sein de la Faculté une chaire de pathologie ou de clinique devint vacante, il se présenta hardiment, montrant dans chacune de ces luttes des qualités recherchées dans un professeur érudit ou un praticien consommé.

Un des premiers désigné lors de la création de l'hôpital de Lourcine pour y faire le service de chirurgie, il s'adonna avec beaucoup de soin à l'étude des maladies des organes génitaux de la femme, commença ses intéressantes recherches sur la syphilis, et dès ce moment se mit à recueillir les premiers matériaux pour l'ouvrage qu'il publia plus tard sur les maladies vénériennes.

Comme vous le voyez, Vidal fut non-seulement un écrivain remarquable ; mais les nombreuses recherches qu'il a faites sur divers points de la pathologie, les modifications ingénieuses qu'il a proposées pour certaines opérations, ses idées sur le débridement multiple, sur les opérations en plusieurs temps, sur la réunion des plaies et le traitement de la varicocèle prouvent assez sa vocation chirurgicale.

Enfin son *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, le seul traité complet de notre époque, et qui en était arrivé à la quatrième édition, atteste qu'à aucun moment il n'avait cessé de se tenir au courant des découvertes scientifiques.

Ne vous étonnez donc pas, messieurs, dès qu'il fut question de réunir les chirurgiens des hôpitaux pour fonder la Société de chirurgie, de le voir embrasser cette idée avec ardeur. Ce titre de membre fondateur, il y tenait comme aux titres que ses concours lui avaient mérités; assistant régulièrement à toutes nos séances, faisant souvent d'importantes communications, il ne cessa de prendre une part active à nos travaux que lorsque sa santé entièrement épuisée ne lui permit plus de se rendre à nos réunions.

Je devrais m'arrêter ici, messieurs, après cette esquisse rapide d'une existence dignement remplie ; et cependant, avant de dire un

dernier adieu à notre collègue, involontairement ma pensée se reporte avec tristesse sur ses derniers moments.

Qu'était-il survenu dans cet esprit si gai, si fin? comment était-il devenu d'une tristesse malade? pourquoi cet isolement volontaire? C'est qu'aux souffrances physiques étaient venues se joindre des souffrances morales plus cruelles encore; la mort d'un fils qu'il aimait tendrement l'avait plongé dans une profonde mélancolie, et rien n'avait pu l'y soustraire; ni l'influence du pays natal ni la bonne amitié de notre collègue Goyrand, rien n'avait fait: Vidal avait été accablé par ce malheur. De temps à autre quelque raillerie s'échappait encore de ses lèvres pâlies par la souffrance, mais c'était tout ce qui restait de son caractère passé.

Par une bizarrerie sans exemple, il défendit qu'aucun de nous fût averti de sa fin prochaine, voulant, comme il le disait, que sa mort fût pour nous une surprise.

Cruelle surprise, car elle a été pour nous tous une peine réelle!

Ah! Vidal, si vous avez pu douter de notre attachement, cette erreur a dû être bien pénible! Si vous avez cru que vos plaisanteries avaient pu blesser l'un de nous, vous vous êtes trompé; vous n'aviez pas d'ennemis, on vous savait au fond bon et serviable, et votre cœur était encore bien supérieur à votre esprit!

Jusqu'à vos derniers instants vous avez voulu rester fidèle à votre caractère, et vous avez voulu mourir en raillant, vous privant ainsi volontairement des paroles de consolation qui auraient adouci vos souffrances. Eh bien, nous aussi nous resterons fidèles à notre caractère, et nous venons ici, au nom de cette Société de chirurgie dont vous fûtes un des fondateurs, rendre un hommage public à votre mémoire et à vos talents.

CORRESPONDANCE.

M. Chassaignac dépose sur le bureau un paquet cacheté. (Dépôt aux archives.)

— M. le docteur Ripoll, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, adresse à l'appui de sa candidature comme membre correspondant les observations suivantes :

Polype intra-utérin volumineux; issue spontanée dans le vagin; ligature partielle; chute totale.

Hypospadias modifié par ponction du gland.

Chute d'une bougie dans la vessie ; extraction à l'aide d'un lithotriteur.

(Renvoi à la commission chargée d'examiner les autres travaux de M. Ripoll.)

— M. Fleury, professeur de clinique à l'Ecole préparatoire de Clermont, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire *sur les kystes des bourses.* (Commission : MM. Michon, Lenoir et Gosselin.)

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

Appareil pour fractures de jambes. — M. Lemeaux présente un appareil pour fractures de jambes. (Renvoyé à une commission composée de MM. Robert, Huguier et Larrey.)

Nouveau bandage. — M. Demarquay présente, au nom de M. Féron, un bandage herniaire. Par l'adjonction d'une spirale entre la pelote et le ressort, la pelote se trouve appliquée d'une manière plus solide contre l'orifice de la hernie. En outre, une autre plaque accolée à la partie supérieure de la pelote et venant s'appliquer sur le ventre tend, lorsque des efforts repoussent en avant la paroi abdominale, à faire basculer la pelote, qui alors s'applique d'une manière plus complète sur l'anneau et rend impossible l'issue des viscères herniés.

Ce bandage a été employé avec succès par M. Lenoir sur un malade dont la hernie était difficilement maintenue réduite.

M. Guérin connaissait l'addition d'une spirale entre la pelote et le ressort ; cette modification est dès longtemps usitée en Angleterre. Quant à la plaque surajoutée, sans rien préciser, il se rappelle en avoir vu un modèle chez un bandagiste de Paris. Il lui paraît donc que M. Féron, en résumé, n'a rien inventé.

M. Demarquay. M. Féron n'a pas cru probablement faire quelque chose de tout à fait neuf. On retrouvera, en effet, les éléments de ce bandage dans plusieurs autres bandages; mais, tel qu'il est fait, il nous a paru avantageux; et, si je le présente à la Société, c'est parce que l'inventeur est un médecin qui ne veut en aucune façon en tirer un parti industriel quelconque.

M. Giraldès. Les observations de M. Guérin sont fort justes : la spirale est tout à fait usitée. Quant à la bascule produite par la plaque abdominale, je ne puis dire si c'est nouveau. Il serait seulement utile de nous renseigner sur la valeur de cette addition : est-elle applicable à tous les cas? est-elle sans danger?

M. Larrey a eu occasion aussi d'examiner le bandage herniaire du docteur Féron, qui lui avait été adressé par M. Magne pour le présenter à la Société. Mais, présumant, comme M. Guérin vient de le dire, que ce système de ressort à spirale élastique ressemblait peut-être à d'autres, M. Larrey avait engagé M. Féron à faire voir son appareil sous trois formes :

1° Les pièces séparées;

2° Les pièces réunies;

3° L'appareil garni et applicable.

M. Lenoir. J'ai appliqué ce bandage. L'inventeur est un honorable chirurgien de province qui n'a pas cherché si avant lui on avait appliqué son idée en Angleterre. Il n'attache donc aucune importance à la question de priorité. Quant à l'application pratique, je puis dire qu'elle m'a donné un excellent résultat dans un cas où les autres bandages avaient échoué.

M. Guérin. Je ferai remarquer que mes attaques n'ont porté ni sur l'inventeur ni sur le bandage; je tenais seulement à faire constater qu'il n'y avait rien de neuf dans la présentation qui nous était faite.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ostéo-myélite de la jambe. — M. Lenoir présente, au nom de M. Houzelot (de Meaux), une pièce anatomo-pathologique relative à une ostéo-myélite de la jambe. Des détails seront donnés sur cette pièce dans une prochaine séance.

Des lésions anatomiques du squelette dans le pied plat. — M. Follin donne lecture, au nom de M. Delacour, professeur adjoint à l'Ecole de médecine de Rennes, de la noto suivante; deux squelettes de pied plat sont joints à cette note :

Le pied doué d'une bonne conformation présente à sa face plantaire une forme concave qui a un double but physiologique :

1° Elle s'oppose à ce que les parties molles plantaires soient comprimées pendant la station;

2° Les articulations arthrodiales du tarse et du métatarse, maintenues d'ailleurs par des ligaments puissants, résistent mieux à la pression du corps, à cause de l'élasticité de cette voûte.

Il est une disposition vicieuse du pied, connue sous le nom de pied plat, dans laquelle cette résistance à la pression est modifiée, ce qui produit dans les articulations du tarse des altérations constantes.

On sait que cette forme du pied rend la marche difficile, et que, très-prononcée, elle rend impropre au service militaire.

J'ai eu quatre fois l'occasion d'examiner après la mort cette difformité : trois fois chez des hommes, une fois chez une femme. Elle existait en même temps aux deux pieds; dans deux cas elle prédominait à droite, dans deux cas à gauche.

Avant toute dissection, il est permis d'observer que les parties molles de la région plantaire sont planes au lieu d'être concaves.

Au bord interne du pied, au-dessous du scaphoïde, est un épaississement notable de l'épiderme; au-dessus de ce durillon, une petite synoviale.

Les pieds de ce genre paraissent avoir la longueur habituelle.

Les muscles ont leur disposition normale; j'ai trouvé une fois ceux de la région plantaire interne, une fois l'abducteur transverse du gros orteil, devenus graisseux. Je n'ai pas trouvé de transformation fibreuse.

Squelette. — La face plantaire ne présente plus qu'un rudiment de gouttière correspondant au deuxième et au troisième cunéiforme.

Bord interne. — La station se fait pour un squelette normal sur le calcanéum et sur l'extrémité antérieure du premier métatarsien; pour les pieds plats, tout le bord interne se rapproche du plan horizontal; le premier cunéiforme et surtout l'apophyse interne du scaphoïde reposent sur ce plan.

Le bord externe est aussi affaissé; au lieu de présenter la forme d'une courbe à concavité inférieure, il représente une ligne à peu près droite; l'apophyse du cinquième métatarsien touche le plan horizontal au lieu d'en être distante de 5 à 10 millimètres, comme il a lieu normalement.

L'articulation médio-tarsienne offre une grande mobilité.

A la partie supérieure de l'interligne cuboïdo-calcanien, les deux os sont surmontés d'apophyses accidentelles, espèces de contre-forts.

L'astragale est le siége des modifications les plus remarquables; son col est usé dans sa partie externe et antérieure par l'effet des pressions répétées, et le scaphoïde vient se mettre, dans une pression forcée, en contact avec la facette péronière de l'astragale. Cette déformation est plus ou moins prononcée, suivant l'âge des sujets (1). C'est une

---

(1) Des deux pieds que j'ai l'honneur de présenter à la Société, l'un appartenait à nne femme de cinquante ans : c'est celui qni offre les altérations les plns avancées; l'autre appartenait à un jeune homme de vingt-deux ans. Le premier offre encore à remarquer une translation en arrière du pied snr la mortaise tibio-péronière.

subluxation semblable à celle qui, dans le pied-bot varus, met en contact le scaphoïde avec la facette malléolaire interne de l'astragale.

M. Bonnet (de Lyon) regarde le pied plat comme le premier degré du pied bot valgus. Cependant le bord externe du pied plat ne me semble jamais élevé comme il l'est dans le valgus, et jamais aussi je n'ai trouvé la rétraction des muscles péroniers, rétraction que M. Bonnet regarde comme très-difficile à constater.

Quelle est la cause de cette déformation de l'astragale, de cette luxation incomplète du scaphoïde?

C'est une déformation consécutive. Dans la station, le poids repose en grande partie sur l'apophyse interne du scaphoïde, porte l'avant-pied en haut et en dehors ; le scaphoïde presse sur la face externe du col de l'astragale, il l'use peu à peu, et alors une vaste surface articulaire se développe, comme on en voit se développer dans quelques luxations spontanées de la cuisse, à la face externe de l'os iliaque.

Ces rugosités de l'interligne cuboïdo-calcanien sont bonnes à connaître du chirurgien, dont elles pourraient arrêter le couteau dans l'amputation par la méthode de Chopart.

M. Morel-Lavallée, en examinant le pied envoyé par M. Delacour, fait remarquer que sur cette pièce c'est le scaphoïde qui est déplacé, tandis que sur le malade qu'il a présenté la luxation portait sur l'astragale.

M. Broca. J'ai souvent disséqué des pieds plats, et j'ai signalé, dans une note communiquée à la Société anatomique, le résultat de mes recherches.

Un fait m'a surtout frappé, c'est l'obliquité très-considérable de l'articulation du premier cunéiforme avec le deuxième cunéiforme. M. Delacour ne fait pas mention de cette déformation.

Quant à la lésion que l'on remarque sur l'articulation scaphoïdo-astragalienne, je ne l'ai pas rencontrée. Dans quatre dissections successives que j'ai pu faire, il ne m'est pas arrivé une seule fois de constater d'altération dans les muscles.

M. Larrey a vu, dans les conseils de révision, un nombre considérable de pieds plats, et il a constaté que cette mauvaise conformation des pieds, très-fréquente surtout chez les jeunes gens de la campagne, présente des différences ou des degrés notables. Les causes n'en sont pas cependant bien déterminées jusqu'ici, d'autant que cette infirmité paraît souvent congénitale, de même qu'elle est plus ordinairement acquise. Mais les effets en sont sensibles. La plupart des individus qui ont les pieds plats marchent difficilement ou ne peuvent supporter la

fatigue d'une longue course ; à plus forte raison, dans le service militaire, ne peuvent-ils faire plusieurs étapes ou des marches forcées. De là le cas légitime d'exemption.

C'est à la plante du pied, c'est dans les muscles de la partie postérieure de la jambe qu'ils rapportent le siége de leur lassitude et même de leurs douleurs. La réalité de cette malformation se reconnaît aisément par la pression exacte du pied sur le sol, et mieux encore par la position du talon sur le bord d'une table. La concavité ou voussure plantaire n'est pas seulement effacée, elle est quelquefois remplacée par une saillie ou convexité assez sensible, et dans certains cas même la pression porte sur le bord interne du pied, qui se déjette plus ou moins en dehors, de façon à constituer une autre difformité, le pied bot valgus, comme l'a d'ailleurs indiqué M. Bonnet.

La simulation ou l'exagération du pied plat n'est pas rare chez les conscrits ; mais outre l'examen à faire pour reconnaître si cette déformation est ou n'est pas réelle, il est utile de rechercher, par une simple manœuvre, si les articulations médio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes ont une certaine mobilité. Certains sujets la conservent au point de pouvoir marcher même facilement et sans fatigue.

La difformité existe presque toujours aux deux pieds, soit à un degré différent, soit au même degré. On ne constate point d'ailleurs d'altération extérieure des muscles.

Mais je n'avais point encore examiné, ajoute M. Larrey, de pièce anatomique aussi démonstrative que celle de M. Delacour présentée par M. Follin; elle pourrait servir à compléter l'étude à peine faite jusqu'ici du pied plat.

J'ai vu enfin quelquefois une autre infirmité accompagner celle-là, et constituer comme elle un cas de réforme : c'est la transpiration excessive des pieds. Je ne sache même pas que l'on ait signalé cette coïncidence, et elle offrirait quelques recherches de plus à faire, qui ne seraient pas sans utilité.

M. Chassaignac. Dans la pièce présentée par M. Delacour il existe une véritable subluxation de l'articulation sous-astragalienne. La conséquence de ce déplacement articulaire est facile à prévoir. Le poids du corps agissant spécialement sur la face externe de l'astragale, tend à augmenter la déformation. M. Duchenne (de Boulogne) attribue le pied plat à un affaiblissement du long péronier latéral, dont le tendon forme comme le ligament actif qui retient la voûte du pied. J'ai dans mon service un malade qui serait dans ces conditions, et la difformité se trouve accrue par l'état de contracture des muscles jambier antérieur

et péronier antérieur. On a prétendu que les individus affectés de pied plat n'en étaient pas moins très-propres à la marche; je pense que c'est là une erreur.

M. Broca. Il y a de nombreuses variétés de pied plat, comme le démontre parfaitement l'examen des différentes pièces anatomo-pathologiques. Je pense que dans un grand nombre de cas on a exagéré l'influence de l'action musculaire sur la production de la difformité; aussi, comme je l'ai déjà indiqué dans les faits que j'ai observés, je n'ai pas trouvé de lésion des muscles.

On comprend que les modifications physiologiques subies par les individus affectés de pied plat doivent être en rapport avec la nature étiologique de la maladie. Si, par exemple, les muscles restent tout à fait étrangers à l'affection, la marche n'est empêchée en aucune façon; dans le cas contraire, la gêne de la marche est une conséquence toute naturelle.

On peut donc dès maintenant distinguer deux catégories de pied plat quant aux modifications physiologiques: le pied plat de cause musculaire avec atténuation des fonctions des muscles, et le pied plat ayant son point de départ dans le squelette même et permettant la marche presque aussi facilement que dans l'état normal. Je puis citer un de mes amis, excellent marcheur, qui présente cependant un pied plat très-prononcé.

Dans les pièces que j'ai examinées, je dois dire, contre l'opinion de plusieurs chirurgiens, que j'ai toujours rencontré les ligaments très-résistants et très-durs.

M. Chassaignac. J'approuve absolument les distinctions faites par M. Broca. Mais quant à l'état des ligaments, il me paraît probable que dans certaines espèces de pied plat on doit les trouver ramollis. Ainsi, chez les malades qui présentent une déformation rapide du pied sous l'influence d'une cause rhumatismale, il ne me paraît pas douteux qu'il y ait ramollissement des ligaments; lorsque la déformation a été définitivement produite, alors, les désordres cessant, les ligaments redeviennent consistants.

M. Cazeaux. Il y a une vingtaine d'années, j'étais chargé d'examiner des conscrits en Alsace; j'ai vu beaucoup d'individus affectés de pied plat. Il m'a paru que dans la plupart des cas l'affection n'aurait pu être rapportée à une cause morbide accidentelle; elle était congéniale, et la marche n'était nullement gênée.

M. Marjolin. Beaucoup de jeunes enfants affectés de pied plat ne peuvent supporter sans de vives douleurs la station debout. On vient

bien souvent nous consulter pour de jeunes apprentis qui ne peuvent continuer leur apprentissage par suite de cette cause. Dans ce cas, il y a évidemment relâchement des ligaments. Il faut ajouter que le plus souvent ces enfants se tiennent debout dans des lieux humides et froids, et que c'est surtout alors que la station devient intolérable.

MM. Guersant et Huguier appuient de leur expérience personnelle la remarque de M. Marjolin.

M. Chassaignac. Le malade dont j'ai parlé présente aussi une très-forte transpiration des pieds. Ce phénomène, qui se trouve si fréquemment chez les pieds plats, ne peut-il mettre aussi sur la voie d'une des causes de la maladie, à savoir : le vice rhumatismal? car on sait avec quelle facilité les personnes qui transpirent abondamment sont affectées de douleurs rhumatiques.

M. Cazeaux revient sur la question d'origine, et demande si quelqu'un peut citer une observation de pied plat survenu sous l'influence d'une cause accidentelle, sans déformation préexistante.

M. Denonvilliers pense que très-souvent l'affection est héréditaire.

M. Marjolin dit que le pied plat, lorsqu'il est congénital, ne constitue généralement pas une déformation du squelette uniquement localisée sur le pied. On rencontre, en outre, alors des altérations en d'autres points, et spécialement sur les mains. Quand le pied plat survient accidentellement, la maladie se montre d'abord dans l'articulation tibio-tarsienne, et on trouve d'autres stigmates liés à l'état lymphatique constitutionnel des malades, qui ont de l'engorgement des jambes, des varices, etc.

Le secrétaire, Dr E. Laborie.

Séance du 30 *avril* 1856.

Présidence de M. Huguier.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Forget demande la parole pour engager M. Chassaignac à vouloir bien fournir la fin de l'observation de généralisation du tissu fibro-plastique dont il a été question dans la dernière séance.

Il est fâcheux, dit M. Forget, que les faits déjà assez nombreux dont la Société a vu une partie ne soient pas complétés. Il s'agit, en effet, d'une question qui est loin d'être jugée ; elle a fourni des discussions

intéressantes, tant à l'Académie qu'à la Société de chirurgie ; et pour que ces discussions puissent donner un résultat, il faut ne négliger aucune observation. Ainsi, sur sept faits présentés à la Société, nous connaissons déjà trois morts. Que sont devenus les autres malades, et ceux entre autres présentés par MM. Demarquay et Chassaignac?

M. Giraldès. M. Forget me paraît vouloir rentrer dans la discussion pour y reproduire les idées déjà émises contre la distinction, cependant si caractéristique, qui existe entre les affections cancéreuses et les affections fibro-plastiques. Il est bien évident que des tumeurs, quelle que soit leur nature du reste, qui peuvent se développer d'une manière aussi générale, envahir des organes essentiels et en paralyser les fonctions, sont susceptibles de déterminer les mêmes accidents et de tuer les malades. Mais si vous voulez classer dans la même catégorie des tumeurs parce qu'elles peuvent tuer, alors vous n'aurez qu'à mettre dans le même cadre nosologique toute affection susceptible de se généraliser, comme les tumeurs fibreuses, les tumeurs cartilagineuses, les tumeurs osseuses, etc., etc.

M. Forget dit qu'il y a encore à étudier, que les tumeurs fibro-plastiques ne sont pas aussi bénignes qu'on le pensait, mais en cela M. Forget est de l'avis de tout le monde; et les études se font avec la plus entière loyauté, ainsi que le démontrent les publications dans lesquelles les micrographes se sont toujours empressés de reconnaître et de rectifier les erreurs qu'ils avaient pu commettre.

M. Chassaignac. M. Forget demande que les observations dont le commencement a été donné à la Société soient complétées. Il n'est pas en notre pouvoir de retenir près de nous les malades qui, une fois opérés et guéris, veulent partir. Il n'y a donc pas d'autres raisons pour ne pas finir les observations que cette impossibilité matérielle. Quant à la question des récidives, comme l'a fait observer M. Giraldès, c'est là une chose parfaitement connue.

M. Forget. Je désire que l'on comprenne bien mon intention lorsque je reviens sur l'histoire des tumeurs fibro-plastiques. Je pense que la science ne peut que gagner à ces discussions, et c'est dans ce seul but que je les provoque.

— M. Lenoir donne lecture de l'observation suivante, relative à la présentation de pièces faite dans la dernière séance au nom de M. Houzelot.

Bourquencier (Pierre-Victor), âgé de trente ans, journalier, entré à l'hôpital général de Meaux le 4 avril dernier. Fort, bien constitué, cet

homme, chez lequel rien n'accuse une affection organique quelconque, présente au tiers moyen de la jambe droite un gonflement considérable qui, pris dans son ensemble, double presque le volume du membre à la hauteur du mollet. Il accuse des douleurs lancinantes très-vives, intolérables; il demande instamment d'être débarrassé de son mal au prix d'une amputation.

Etat du membre à l'entrée à l'hôpital. — Le gonflement de la jambe mesure 12 centimètres dans l'axe du membre en arrière, où il remonte vers la région poplitée; en avant, il s'arrête à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'insertion du ligament rotulien au tibia. Au mollet, où il est à son maximum de développement, le membre compte 40 centimètres de circonférence.

La peau, généralement saine, mais tendue et violacée dans toute l'étendue du gonflement, ne s'altère dans sa texture qu'en avant, dans un espace circonscrit de 8 à 10 centimètres de diamètre sur la face antérieure du tibia et sur la face externe de la jambe. De couleur lie de vin, rugueuse et comme chagrinée en ce point, elle dépasse de 3 à 4 millimètres les parties circonvoisines. Du centre de cette altération de la peau s'élève en forme d'appendice, à l'instar d'une tête de champignon, une petite tumeur circonscrite, parfaitement distincte, plus large qu'une pièce de 2 francs, ayant 1 centimètre de hauteur; la peau qui la recouvre a l'aspect de celle du milieu de laquelle elle s'élève.

La production morbide qui donue au membre son développement anormal paraît résistante, élastique en tous ses points. La pression, exercée d'avant en arrière sur la tumeur ou appendice dont il a été parlé, se transmet à toute la masse et à ses prolongements. Comme couchée dans l'intervalle interosseux sous les extenseurs et les péroniers déplacés, altérés peut-être, la tumeur a dû perforer et détruire le ligament interosseux pour revenir à la face postérieure du membre, se placer entre les muscles superficiels et profonds, d'où elle envoie d'abord vers le jarret le prolongement dont il a déjà été question; puis un autre qui, dirigé transversalement, vient faire saillie au bord interne du tibia. En effet, c'est en arrière et en dehors que le développement accidentel du membre est le plus marqué.

Le tibia, bien que sensiblement augmenté de volume dans sa partie moyenne, n'est ni douloureux ni ramolli. Comme caché au milieu du tissu morbide, le péroné, très-probablement aussi, est altéré dans sa texture.

La marche, la station debout devenues presque impossibles, la demi-

flexion elle-même amènent dans la tumeur de très-vives douleurs qui s'expliquent par la pression des muscles sur la masse anormale.

Antécédents. — Il y a cinq ans environ, sans causes appréciables, la tumeur de la partie antérieure de la jambe se montra; en six semaines de temps, au dire du malade, elle eut son développement. Douleurs vives; pas de gonflement du membre. Traitement par les mercuriaux en frictions; guérison en deux mois; la tumeur a disparu presque en totalité. Bourquencier ne souffre plus. Ouvrier des champs, il reprend ses travaux sans interruption, sans douleur, presque sans gêne, pendant dix mois. Un an s'est écoulé, le membre n'a pas augmenté. Soit fatigue, soit toute autre cause, au bout de ce temps il entre dans un hôpital. Après trois mois de séjour il recommence à travailler, mais avec douleur et fatigue. Le membre a pris du volume; les douleurs vives, rapprochées, forcent le malade à s'arrêter de temps en temps; les choses vont ainsi un an encore, et alors, deux ans et demi après la première apparition du mal, Bourquencier cesse entièrement son travail; son état empire de jour en jour. Il arrive à notre hôpital.

Il était difficile, avant l'opération, de préciser la nature de l'affection. Nous inclinons vers un cancer des os, des muscles, peut-être de la jambe. La marche de la maladie, la nature des douleurs nous portent à y croire.

Que faire? Quelle que soit l'altération morbide, amputer est la seule ressource qui reste au malade et au chirurgien. Nous désarticulons le genou. Aujourd'hui, treizième jour de l'opération, Bourquencier est aussi bien que possible.

DISCUSSION SUR LE PIED PLAT.

M. Bouvier. Je n'étais pas présent à la dernière séance; mais je remarque, dans le compte rendu de la discussion sur le pied plat, qu'on a cité des faits qui semblent se contredire. Je crois que cette opposition apparente cessera si l'on tient compte d'une distinction nécessaire. Il faut établir, comme l'a déjà fait M. Broca, deux classes de pied plat. Seulement, cette division doit reposer sur une base un peu différente de celle qui a été adoptée par notre collègue.

Une première classe de pied plat se compose de ceux qui consistent uniquement dans l'effacement plus ou moins complet de la voûte plantaire. Le pied n'a plus alors sa forme normale, mais sa direction est restée la même. Il pose d'aplomb sur le sol; le poids du corps tombe sur lui perpendiculairement à sa surface; ses éléments anatomiques n'ont subi d'autre modification que la conformation particulière qui

produit celle de leur ensemble. C'est ainsi que les os ne sont plus taillés en voussoirs, au moins d'une manière aussi marquée; que les muscles, les ligaments, l'aponévrose de la face plantaire, plus allongés, forment moins la corde de l'arc représenté par les os, etc. Cette disposition, ordinairement originelle, congénitale, est rarement de nature à gêner la marche par la pression des nerfs plantaires, comme on l'a admis pendant longtemps.

C'est à cette première espèce de pied plat que se rapportent les exemples cités par MM. Larrey et Broca, d'individus que cette conformation n'empêchait nullement de marcher, ni même de supporter la fatigue. Aussi sommes-nous rarement consultés pour les cas de ce genre, parce qu'ils n'entrainent généralement aucune incommodité.

Ce genre de conformation m'a paru plus fréquent dans les campagnes, chez les paysans, dont les formes sont en tout moins fines que celles qui sont le produit de la civilisation plus avancée des habitants des villes. De là vient sans doute que l'on a dit au figuré un *pied plat*, pour désigner un homme grossier ou de basse extraction.

Dans la seconde classe de pied plat, il n'y a pas seulement diminution de la concavité plantaire; le pied est en outre incliné latéralement, plus ou moins dévié, de telle sorte que sa pointe se tourne un peu en dehors, que son bord interne s'abaisse, et que la face plantaire regarde plus ou moins en dehors. Ce n'est plus simplement un pied plat : c'est un premier degré du *valgus*. Les os ont changé de direction; le poids du corps tombe obliquement sur leurs plans, et n'est plus transmis normalement aux surfaces articulaires; les ligaments supportent une grande partie de l'effort, et pour peu que la déformation soit prononcée, que le sujet soit exposé à la fatigue, il survient des douleurs, soit dans les parties distendues, soit dans celles que leur trop grand rapprochement soumet à des pressions trop fortes. C'est ce qu'on voit chez ces jeunes apprentis qu'on a, je crois, déjà cités, et qui finissent par être hors d'état de continuer l'exercice de leur profession, parce qu'elle les oblige à rester presque constamment debout. C'est ce qui existait encore chez les enfants pour lesquels M. Marjolin a été consulté.

Cette déformation du pied peut être originelle comme la première, mais elle est souvent accidentelle ou accrue par des causes postérieures à la naissance. On la rencontre dans la classe aisée comme chez les enfants du peuple.

Elle peut dépendre de la conformation première ou d'une altération des ligaments, sans lésion musculaire. Elle est plus souvent le résultat

d'un défaut d'équilibre entre les puissances musculaires, d'une prédominance relative des abducteurs du pied.

On a rappelé que M. Duchenne (de Boulogne) attribue l'aplatissement de la voûte plantaire au défaut d'action du long péronier latéral. On n'avait pas, en effet, avant les recherches de M. Duchenne, bien apprécié le triple rôle de ce muscle, à la fois extenseur, abducteur du pied, et destiné en outre à maintenir, comme une sorte de ligament actif, la concavité de la face plantaire. J'ai eu moi-même plus d'une occasion de reconnaître l'influence de l'affaiblissement du long péronier latéral sur l'aplatissement du pied, comme celle de son action exagérée sur l'excès de voussure, depuis que M. Duchenne a signalé l'un et l'autre fait. Cependant je crois que cette influence ne fournit qu'un des éléments de l'étiologie du pied plat, et je ne pourrais surtout me résoudre, jusqu'à plus ample informé, à faire dériver la déviation en dehors, l'excès d'*abduction* de la seconde classe de pied plat, uniquement de l'insuffisance d'action d'un muscle *abducteur.*

La note communiquée à la Société par M. Follin place, si je ne me trompe, le siége de cette difformité spécialement dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. C'est ce qui a lieu, en effet, dans la seconde classe de pied plat. L'abduction exagérée qui les caractérise se passe nécessairement dans le lieu où s'opèrent les mouvements normaux d'adduction et d'abduction, c'est-à-dire dans l'articulation médio-tarsienne, entre le calcanéum et le cuboïde d'une part, entre l'astragale et le scaphoïde de l'autre. Il faut y joindre, toutefois, l'articulation calcanéo-astragalienne, qui joue un rôle important dans les mouvements latéraux du pied. Dans la seconde classe de pied plat, on voit le calcanéum tourner sur son axe antéro-postérieur, de sorte que le talon devient oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

Je n'ajouterai plus qu'une remarque : c'est que le pied plat entre souvent comme élément dans des difformités ou des états morbides complexes. L'art le produit très-souvent dans la guérison du pied bot interne ou *varus*, par suite des efforts et des pressions qu'on est obligé d'exercer sur la concavité plantaire. Cela ne nuit point aux fonctions du membre, si l'on a su s'arrêter à temps et ne pas donner lieu à une déviation opposée, à un commencement de *valgus.*

Enfin, le pied plat est très-commun dans les paralysies partielles de la jambe, dans certaines contractures du pied, et c'est dans ces cas surtout qu'il est facile d'apprécier l'influence des muscles sur la production de ce genre de déformation.

Ces faits me paraissent de nature à guider le praticien dans les con-

seils qu'il est appelé à donner aux individus affectés de pied plat. La distinction des deux espèces ne me semble pas moins utile pour s'éclairer dans l'examen des conscrits. Il est évident que beaucoup de pieds plats de la première classe ne sauraient être un motif suffisant de réforme, tandis que la plupart de ceux de la seconde classe sont incompatibles avec les fatigues du service militaire.

En terminant, M. Bouvier demande à M. Larrey si constamment et sans distinction on réforme les conscrits affectés de pied plat.

M. Larrey répond que toutes les fois que la voussure du pied n'existe plus, c'est un cas absolu de réforme.

M. Cloquet a été frappé de la fréquence plus marquée du pied plat dans les populations du Nord, surtout dans les pays marécageux.

Les gens du Midi ont généralement le pied petit et mieux conformé.

Cette remarque peut être généralisée, et on retrouve aussi sur les animaux, suivant les pays, une différence marquée dans la forme de l'extrémité des membres : ainsi les vaches, par exemple, lui ont paru offrir un sabot bien plus allongé.

M. Larrey confirme les observations de M. Cloquet. Il signale, en outre, comme cause prédisposante pour la déformation du pied l'habitude de ne pas porter de chaussure.

Bandage herniaire. — M. Guérin rappelle que dans la dernière séance il a soutenu que le bandage herniaire présenté par M. Demarquay n'offre rien qui ne soit déjà parfaitement connu. Il met sous les yeux de la Société des figures empruntées à un mémoire de M. Teale, chirurgien de l'hôpital général de Leeds, qui représentent des pelotes herniaires reposant sur des spirales.

Il ajoute que M. Rives, bandagiste herniaire, lui fut adressé par M. Cruveilhier, il y a trois ans, avec prière d'essayer un bandage composé d'une double pelote à bascule, dont la construction repose sur le même principe que celui dont il a été question dans la dernière séance.

M. Guérin se loue de l'essai qu'il a fait de ce bandage, et s'il insiste sur la communication de M. Demarquay, ce n'est point pour blâmer l'appareil qui a été présenté par ce chirurgien, mais seulement pour que la Société ne laisse pas présenter devant elle comme nouveau un bandage qui n'est qu'une petite modification de bandages déjà connus.

M. Lenoir revient sur l'utilité du bandage de M. Féron, qui lui paraît remplir avantageusement les conditions voulues.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. Chapel (de Saint-Malo), membre correspondant, un mémoire *sur le cancroïde de la face et sur le traitement qu'il convient de lui appliquer*.

M. Larrey fait également hommage de la thèse de M. Hoffmann sur *la ligature des veines*.

Tumeur fibro-plastique récidivée. — M. Guersant annonce à la Société qu'un jeune enfant, sur lequel il y a deux ans il a enlevé un polype fibro-plastique des fosses nasales, est actuellement en état de récidive sans cependant que la santé paraisse altérée.

Incidemment, M. Guersant dit qu'un jeune malade affecté de bec-de-lièvre compliqué, malade qu'il avait présenté, il y a trois mois, à la Société, est mort sans avoir subi d'opération. Un autre petit malade est mort encore dans son service sans avoir été opéré. Ces faits semblent prouver que le bec-de-lièvre compliqué se lie en général à d'autres vices de constitution le plus souvent mortels.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guersant montre une tumeur qu'il a enlevée sur la région sourcilière d'un jeune enfant. Cette tumeur, soumise préalablement à l'examen de la Société, avait paru lipomateuse. C'était, en résumé, une tumeur érectile transformée.

Synovite fongueuse purulente. — M. Chassaignac présente une pièce pathologique provenant d'une amputation de cuisse à lambeaux pratiquée le matin même à l'hôpital Lariboisière.

Les altérations anatomiques observées sur cette préparation prouvent qu'il s'agit d'une synovite fongueuse purulente déjà ancienne, qui, après avoir respecté l'os pendant longtemps, avait fini par amener la destruction partielle des cartilages d'encroûtement et un commencement très-léger et très-superficiel d'altération de la croûte compacte des têtes osseuses.

L'objet de cette présentation est de faire remarquer le danger qu'il y a à abandonner à elles-mêmes les synovites purulentes, à attendre trop longtemps pour l'évacuation artificielle du pus. Cette pièce vient à l'appui de l'idée qu'on ne saurait jamais donner trop tôt issue aux collections purulentes articulaires ou péri-articulaires. Dès que le chirurgien a diagnostiqué l'existence d'un amas purulent près des articulations ou dans leur cavité, il doit l'ouvrir sur-le-champ. Or comment

peut-il acquérir de bonne heure la certitude qui lui est nécessaire en pareil cas? C'est au moyen d'une ponction méthodiquement faite à l'aide du trocart explorateur.

Cancer de la langue. — M. Larrey présente la pièce anatomique d'un cancer de la langue, compliqué de l'engorgement et de la dégénérescence des ganglions sous-maxillaires. Voici le résumé de l'observation, recueillie d'ailleurs en détail par le docteur Ernest Martin, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

Un officier supérieur d'infanterie, M. le lieutenant-colonel X..., âgé de quarante et quelques années, d'une constitution robuste, sans précédents de cancer héréditaire, exempt de toute affection syphilitique récente, mais atteint, vingt ans auparavant, de chancres mal traités, adonné enfin depuis longtemps à l'habitude de fumer, et portant toujours sa pipe du côté droit (à tel point que l'une des dents molaires s'était usée, cariée ensuite et avait dû être extraite), cet officier s'aperçoit, vers 1850, qu'un petit bouton s'est développé sur le bord droit de la langue, et un peu plus tard que ce bouton s'est excorié par le contact du tuyau de pipe. Il ne s'en inquiète point d'abord ; mais voyant l'excoriation augmenter, en éprouvant de la gêne et de la douleur pour fumer, il consulte, en 1852, le chirurgien-major de son régiment, qui constate une ulcération à bords frangés, indurés, mesurant près de deux centimètres, et surmontant un noyau d'induration assez saillante. De cette ulcération s'écoule une suppuration sanieuse et fétide ; l'engorgement des ganglions sous-maxillaires est déjà prononcé ; la santé générale enfin, jusqu'alors intacte, commence à s'altérer.

Le caractère suspect de la maladie, l'appréciation des antécédents et la nécessité d'un diagnostic exact motivent l'emploi d'un traitement antisyphilitique par les mercuriaux, en même temps que des cautérisations, des gargarismes et des soins nécessaires complétent cette médication; mais elle ne peut être continuée, à cause d'une salivation abondante avec tuméfaction considérable de la langue. L'ulcération même, au lieu de diminuer, augmente, ainsi que l'engorgement des ganglions, et une névralgie faciale vient s'ajouter à cet état déjà si grave.

Le malade, après avoir lutté pendant trop longtemps contre les progrès du mal, se décide enfin à entrer au Val-de-Grâce dans le mois de février dernier. Nous reconnaissons, dès le premier examen, tous les signes d'une ulcération profonde, fongueuse, occupant une grande partie du bord droit de la langue, compliquée de l'engorgement chronique des ganglions sous-maxillaires depuis la région parotidienne

jusqu'au niveau du larynx, et d'une cachexie commençante, avec gène extrême de la déglutition, de la parole, et excrétion continuelle d'une salive fétide et pour ainsi dire toxique.

L'essai de l'iodure de potassium, offrant une bien faible chance en faveur d'un principe syphilitique, semble d'abord modifier favorablement l'ulcération, mais reste ensuite sans efficacité. Les progrès de la cachexie cancéreuse ne laissent plus aucun doute sur l'incurabilité de la maladie. Une consultation de MM. Ricord, Bousquet et Alquié confirment notre fatal pronostic; les symptômes de l'épuisement des forces et d'une véritable intoxication se déclarent, d'autant plus rapidement que le malade se refuse à toute médication palliative, à toute alimentation légère; il tombe enfin dans l'agonie, et meurt le 28 avril.

L'autopsie faite le surlendemain ne permet pas d'examiner les différents organes, mais seulement de détacher les parties malades avec le maxillaire inférieur, l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, de manière à conserver leurs rapports anatomiques. L'ulcération de la langue envahissant le bord droit s'étend de la pointe au pilier antérieur du voile du palais, à un centimètre de profondeur; ses bords épais se renversent, se resserrent en dedans et rétrécissent ainsi la surface ulcérée, bien plus large auparavant. Le fond, grisâtre, blafard, est recouvert d'une couche de pus sanieux, et il offre un aspect mamelonné, papilliforme, bourgeonnant, comme le cancer ulcéré. L'altération s'arrête sur la ligne médiane, et n'existe nullement sur le bord gauche de la langue; mais du côté malade, le plancher de la bouche est atteint, et la muqueuse, détruite au niveau de la seconde dent molaire, laisse voir que l'ulcération s'est étendue profondément. Les ganglions sous-maxillaires sont ramollis et suppurés. L'examen microscopique démontre, en définitive, l'existence évidente de la cellule cancéreuse, semblable à celle du tissu encéphaloïde.

M. Larrey, en présentant cette pièce anatomique préparée avec soin par M. Ernest Martin, a pensé qu'elle offrirait quelque intérêt à la Société, eu égard à l'origine de la maladie, à l'influence de la cause mécanique sur la manifestation du cancer, au diagnostic différentiel de l'ulcère syphilitique, à la complication de l'engorgement ganglionnaire, aux phénomènes de cachexie ou d'intoxication cancéreuse, et enfin à la fatale incurabilité.

Lipome. — M. Marjolin présente un lipome volumineux développé dans les muscles de la partie postérieure de la cuisse chez un jeune enfant.

M. Marjolin se propose de donner plus tard l'observation détaillée

de ce fait, qui offre de l'intérêt en ce que la tumeur s'est formée dans le tissu même des muscles, et qu'elle a pris son point de départ au point des insertions musculaires. Une section faite suivant son grand diamètre montre qu'elle renferme de nombreux faisceaux musculaires.

Le secrétaire de la Société, Dr E. Laborie.

Séance du 7 mai 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Chassaignac, à propos du procès-verbal, déclare qu'il est préparé à donner à la Société de chirurgie la suite des observations de tumeurs fibro-plastiques qu'il a observées, et dont il a déjà entretenu ses collègues.

— Avant la lecture de la correspondance, M. le secrétaire général annonce que la Société de chirurgie a fait une nouvelle perte. Le professeur Guthrie, membre du Collége royal des chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de Westminster, associé étranger de la Société, est mort le 1er mai à l'âge de 71 ans.

CORRESPONDANCE.

M. A. Joire, médecin de l'asile des aliénés de Lommelet, à Lille, adresse une observation de luxation incomplète de l'épaule. M. Jarjavay est chargé de rendre compte de cette observation.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Rapport sur les eaux thermales d'Aix en Savoie pendant l'année 1855, par le docteur Blanc;

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1854-1855, par le docteur Chatelain;

Essai sur l'arthrite vertébrale, par M. Ripoll.

Caustiques à la gutta-percha. — M. Robert avait été chargé de faire des expériences cliniques sur la cautérisation à l'aide de caustiques nouveaux, composés par MM. Maunoury (de Chartres), membre correspondant, et Robiquet, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris.

Notre collègue de Chartres a adressé un mémoire dans lequel on trouve des réflexions générales sur l'emploi de la gutta-percha en chi-

rurgie; puis la manière d'associer cette substance aux agents caustiques, et enfin des documents cliniques résumant les résultats des applications déjà faites dans les affections externes.

M. Robert vient rendre compte, à son tour, de ses essais, en les comparant à ceux de M. Maunoury et aux effets déjà connus des caustiques vulgairement employés.

Voici d'abord une analyse du mémoire de M. Maunoury (1) qui repose surtout sur les faits suivants :

La gutta-percha est souple à la température de 30°, malléable et ductile à 60°, fusible à 120°; elle ne conduit pas l'électricité; elle est inaltérable à l'eau, à l'air, aux acides et aux alcalis les plus puissants, aussi bien qu'aux sels métalliques; elle peut se mélanger et même se combiner intimement avec un grand nombre de substances médicamenteuses. Enfin, et c'est sur cette propriété que repose l'idée mère du mémoire, *la gutta-percha peut retenir intacte, dans ses mailles spongieuses, les caustiques les plus déliquescents, tels que la potasse et le chlorure de zinc, tout en permettant leur exsudation lente et leur action spéciale sur les tissus de l'économie.*

M. Maunoury voulut alors obtenir :

1° Les préparations caustiques renfermant le type du caustique fluidifiant, composées de gutta-percha et de potasse ;

2° Les préparations caustiques renfermant le type du caustique coagulant, composées de gutta-percha et de chlorure de zinc.

Dans ces préparations, la gutta-percha joue le rôle modeste d'excipient, rôle très-utile pour faciliter l'application de ces substances.

1° *Caustique fluidifiant à la potasse.* — Il est inaltérable, actif et régulier dans son action; il est destiné à remplacer la pâte de Vienne et le caustique Filhos. On peut d'ailleurs lui donner toutes les formes imaginables en le taillant, en le modelant. On le dispose en plaques, en pastilles, en cylindres, en cônes, en aiguilles coniques, etc., etc.

Quand on veut l'appliquer, il suffit de le tremper pendant une demi-minute dans l'alcool et de le fixer convenablement avec des agglutinatifs. L'action commence aussitôt; elle dure plus ou moins, suivant l'épaisseur de la pièce caustique. L'eschare produite est très-bien circonscrite.

La substance caustique se dégage lentement des mailles de la gutta-

(1) La Société a décidé, d'après la proposition de M. Robert, que cet extrait serait inséré dans les Bulletins.

percha. La pastille, le cylindre ont perdu de leur poids, mais leur forme et leur volume ne sont point modifiés.

Les cylindres peuvent remplacer le crayon de nitrate d'argent quand on veut employer un caustique fluidifiant. On devrait en avoir dans la trousse pour agir sur les ganglions ulcérés, les chancres indurés, les indurations du col de la matrice.

M. Maunoury a employé avec succès ce caustique à la potasse pour établir des cautères, ouvrir des abcès froids, détruire la peau dans l'ablation des tumeurs, etc., etc. Il se loue surtout de l'emploi des cylindres dans les fistules sinueuses et profondes entretenues par une lésion osseuse, par une carie. Grâce à leur ténacité et à leur souplesse, ils peuvent parcourir ces fistules et arriver aisément sur l'os malade. Il en résulte une mortification du point altéré suivie d'une élimination sans accidents inflammatoires sérieux. L'emploi de cette méthode est de nature à éviter un bon nombre d'amputations si communes dans ces cas. Sur 36 amputations pratiquées par Roux en 1840-1841, 25 furent faites pour des lésions osseuses articulaires ou diaphysaires.

La possibilité de construire des cylindres longs et flexibles permet d'en entourer toute la circonférence d'un membre, et, par une cautérisation linéaire et circulaire pratiquée sur la peau, d'arrêter dans leur marche des érysipèles phlegmoneux ou gangréneux.

Pourquoi dans certains cas, se demande M. Maunoury, n'a-t-on pas recours à l'amputation des membres par les caustiques lorsque l'opération par le couteau doit être nécessairement mortelle? L'amputation est, à la vérité, plus longue pour le chirurgien, plus douloureuse pour le malade, mais elle offre de grandes chances de réussite : *non cito, non jucunde, sed tuto.*

Dans deux cas qui paraissaient désespérés, l'un pour un érysipèle phlegmoneux traumatique du bras, l'autre à la suite d'une gangrène traumatique de l'avant-bras, MM. Maunoury et Salmon eurent recours à l'ablation des membres par les caustiques (poudre de Vienne et chlorure de zinc), et les deux malades guérirent.

En général, deux heures suffisent pour détruire la peau dans toute son épaisseur, mais on peut laisser agir les lanières et les pastilles pendant six heures et plus sans crainte d'accidents; il semble que l'action caustique se règle par l'épaisseur de l'eschare produite.

2° *Caustique coagulant, hémostatique, au chlorure de zinc.* — Auxiliaire de l'autre, et remplissant comme lui des indications spéciales, il peut être substitué en certains cas à la pâte de Canquoin. Le chlorure de zinc qui le compose est le *caustique par excellence.*

Après avoir indiqué, en rendant pleine justice à M. Bonnet, les nombreuses applications chirurgicales de la pâte de Canquoin, M. Maunoury lui reproche toutefois de s'humecter dans les liquides de l'économie, de se réduire superficiellement en bouillie, ce qui crée des difficultés quand on veut l'extraire d'une fistule, par exemple. On pare à cet inconvénient en incorporant le chlorure de zinc à la gutta-percha. Diverses manipulations permettent d'obtenir ainsi une pâte non liquéfiable, qui ne se gonfle pas, à laquelle on peut donner, suivant les proportions du mélange, des consistances très-variées, depuis la flexibilité jusqu'à la dureté la plus grande. On la façonne en plaques, en cylindres, en chevilles, en lanières. Enfoncés dans des fistules ou dans des tumeurs, ces cylindres sont retirés sans déformation au bout du temps désirable. Ils n'ont perdu qu'une portion de leur chlorure.

On peut en charger des porte-caustiques, à la condition que ceux-ci ne soient pas en fer; l'eschare, grisâtre, puis blanche, est très-dure, et se détache au bout de huit à dix jours.

Comme le chlorure de zinc n'est que mélangé à la gutta-percha, il se fait à la surface des cylindres, au bout de quelque temps, une légère exsudation du caustique, qu'on peut du reste éviter en saupoudrant les fragments avec un peu de farine afin de les conserver.

Tel est l'exposé sommaire des services que la gutta-percha peut rendre comme substance porte-caustique.

M. Robert a essayé les caustiques de M. Maunoury sous leurs diverses formes, et voici ce qu'il en pense :

Les plaques, les feuilles caustiques doivent être abandonnées; celles qui ont la potasse pour base ont une action plus lente et surtout beaucoup moins sûre que le caustique de Vienne, dont l'usage est très-répandu et le maniement très-simple. Elles sont sujettes à l'efflorescence, et dans un cas, malgré plusieurs heures d'application, il n'y eut pas d'effet. On devra donc continuer à appliquer les cautères soit avec la potasse, soit avec la pâte de Vienne.

Les plaques, les feuilles au chlorure de zinc n'offrent pas de grands avantages; elles s'altèrent facilement; on est obligé de les recouvrir pour les conserver d'une mince feuille d'étain, qui devient bientôt très-adhérente, et qu'on n'enlève qu'avec beaucoup de difficultés et presque toujours incomplétement; ces plaques d'ailleurs sont rigides; elles se moulent donc difficilement sur les surfaces parfois anfractueuses qu'on veut cautériser, de telle façon que la destruction des tissus se fait très-inégalement.

Si, en regard de ces inconvénients, on se rappelle que la pâte de

Canquoin est malléable, peut se mouler sur les surfaces les plus irrégulières, et qu'enfin elle se conserve facilement quand elle a été bien préparée, on lui conservera une prééminence méritée sur le caustique de M. Maunoury.

Mais ces caustiques sont, au contraire, d'un usage utile quand ils sont moulés en cylindres. Les caustiques alcalins s'altèrent vite, et on est obligé de les protéger par un étui solide, comme il arrive pour le caustique Filhos; dès lors on ne peut les engager dans des trajets fistuleux étroits et sinueux. Les bougies caustiques à la gutta-percha sont dans quelques cas véritablement utiles, et M. Robert pense, d'après son expérience, que sous cette forme les préparations de M. Maunoury méritent d'être conservées.

Il rappelle d'ailleurs que notre collègue de Chartres a déjà recueilli un certain nombre de faits, et qu'il a signalé dans le précédent mémoire les applications faites à diverses maladies, entre autres la carie, idée déjà ancienne à la vérité, le traitement des tumeurs, etc., etc. M. Maunoury a même été plus loin : il a pratiqué deux fois l'amputation d'un membre avec le caustique, et deux fois la guérison a été obtenue. Il paraît qu'il était impossible de songer à l'emploi de l'instrument tranchant.

M. Robert termine par quelques remarques sur ces deux faits singuliers, et regrette qu'ils soient simplement mentionnés plutôt que donnés *in extenso.*

M. Maisonneuve. Après avoir loué l'idée qu'a eue M. Maunoury en indiquant de nouvelles préparations caustiques, M. Robert, en résumé, n'admet comme utile en pratique qu'une seule forme de ces préparations, à savoir : les cylindres, qu'on peut introduire dans des trajets fistuleux ou implanter dans des tumeurs qu'on veut détruire. Mais depuis longtemps ce progrès est réalisé, et M. Robert doit savoir qu'on est parvenu à solidifier le chlorure de zinc de manière à le tailler de toutes manières, en cylindres, en dents de couronne, en flèches longues et aiguës. Le caustique à la gutta-percha n'est donc en rien supérieur comme caustique, et M. Girouard entre autres, dont M. Robert aurait dû citer les travaux, a montré déjà qu'on pouvait cautériser des tumeurs très-volumineuses en les attaquant par leur circonférence avec des pointes acérées de pâte de Canquoin. On pourrait par le même moyen, à l'exemple des chirurgiens de Chartres, détacher un membre entier. M. Maisonneuve lui-même est parvenu, à l'aide de longues flèches implantées dans une énorme tumeur encéphaloïde, et à sa circonférence, à détruire la plus grande partie du tissu morbide.

M. Robert ne condamne nullement les procédés de M. Girouard, mais il croit que les caustiques de M. Maunoury, outre qu'ils sont plus variés, peuvent avoir aussi leurs avantages particuliers. Tout le monde sait que le chlorure de zinc peut être solidifié et façonné; mais, dans ce cas encore, il est altérable spontanément, puis se gonfle, se ramollit, devient friable dans l'intérieur de nos tissus, de manière à ne pouvoir plus être enlevé si l'on juge à propos de faire cesser son action. La cautérisation est donc moins facile à limiter qu'avec les cylindres de M. Maunoury, qu'on peut extraire après une heure ou deux si on juge que l'action a été suffisante.

M. Boinet pense que le chlorure de zinc ordinaire peut suffire à tous les cas. Il se dessèche aisément, ne s'altère pas quand il a été bien préparé; on peut en faire des fils, des lames, des cylindres, pour obtenir tous les modes possibles de cautérisation. Enfin rien n'est plus facile, précisément, que de limiter son action, ou du moins de la prévoir. On sait, en effet, d'une manière très-précise, le rapport qui existe entre l'épaisseur de l'eschare et l'épaisseur du caustique. Il s'agit donc de donner à ce dernier les dimensions et le volume convenables; dès lors il devient inutile de se préoccuper des difficultés de son extraction.

M. Demarquay. Avant d'accepter les nombreux travaux qui apparaissent sur la cautérisation, il faudrait prémunir les chirurgiens contre les dangers quelquefois très-grands de ces agents. Les caustiques sont souvent appliqués sans aucune réserve, et leur emploi peut devenir bien plus funeste que celui de l'instrument tranchant. Il a vu surtout des tumeurs du sein traitées par les caustiques, et qui avaient donné des résultats désespérants. Chez une dame, entre autres, le caustique avait détruit toute la peau de la moitié de la région antérieure du thorax, puis avait fusé dans le dos, de façon à produire une plaie effrayante. Cette malheureuse mourut exactement de souffrances à la suite de cette opération barbare.

M. Broca. Des études prolongées faites à propos du rapport sur le caustique Landolfi, rapport qui enfin va voir le jour, ont enseigné à M. Broca que la cautérisation appliquée aux maladies chirurgicales oscillait depuis un temps fort long, et tantôt reparaissait à l'horizon, tantôt tombait dans l'oubli, ayant ainsi tous les quinze ans environ une période ascendante ou descendante.

On est en ce moment dans une période ascendante. Les chirurgiens de province surtout généralisent l'emploi des caustiques; non-seulement ils cherchent à les substituer le plus possible au bistouri, mais lors même que l'instrument tranchant a retranché ou même incisé les

tissus, on cautérise les plaies soit avec le fer rouge, soit avec les agents chimiques les plus énergiques. On prétend que cette pratique arrête ou prévient toujours les hémorrhagies; mais, chose plus remarquable encore, les plaies faites ou traitées par les caustiques seraient sûrement à l'abri des accidents généraux et locaux, tels que phlegmons, érysipèles, phlébite, infection purulente, etc., etc.

M. Broca pense qu'il y a là une véritable exagération. Il est évident que les caustiques coagulants, tels que le chlorure de zinc, préviennent souvent les hémorrhagies; mais certainement elles ne les empêchent pas d'une manière absolue. Quant aux autres complications, l'érysipèle en particulier, elles sont loin d'être rares.

M. Broca n'a pas une très-grande expérience; cependant il a suivi avec la plus grande attention dix-sept ou dix-huit malades traitées par le caustique Landolfi (on sait que ce caustique agit comme le chlorure de zinc, si ce n'est que l'addition du chlorure de brome lui donne le grand inconvénient de fuser). Sur ces dix-huit malades, il y a eu deux cas d'hémorrhagies consécutives vers le dixième ou douzième jour, lors de la chute de l'eschare. Chez l'une des opérées l'hémorrhagie fut très-abondante; il fallut recourir avec énergie au tamponnement et au perchlorure de fer.

L'érysipèle fut observé quatre fois vers le dixième ou le douzième jour, d'une manière sporadique, au milieu des meilleures conditions hygiéniques, et sans qu'on puisse invoquer aucune épidémie, aucune circonstance générale défavorable. Dans un cas, l'érysipèle fut de très-longue durée; il parcourut presque toute la surface du corps, et la malade faillit mourir. On n'observa, à la vérité, aucun cas d'infection purulente.

En résumé, la cautérisation n'empêche pas les accidents consécutifs; elle est longue, douloureuse: on ne voit donc pas pourquoi elle deviendrait méthode générale pour l'extirpation des tumeurs. Il ne faut pas toutefois tomber dans l'exagération contraire, et la proscription de cette méthode, de même que l'enthousiasme excessif qu'on lui a voué, auraient été évités si les chirurgiens avaient su mieux manier les caustiques et s'en servir dans les cas où ils constituent réellement une ressource précieuse.

M. Demarquay se rappelle avoir vu, à la suite d'une extirpation du sein par le caustique, une hémorrhagie consécutive intense vers le douzième jour.

M. Robert désire ne point s'écarter de la question primitive et ne pas aborder les indications, les avantages et les inconvénients de la

cautérisation. M. Maunoury, du reste, ne parle nullement de détrôner le bistouri par les caustiques ; il propose seulement une nouvelle combinaison qui peut avoir son utilité.

Une courte discussion s'engage entre MM. Forget, Guersant et Morel-Lavallée sur les amputations faites avec le caustique par M. Maunoury.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Maisonneuve montre les deux moitiés du maxillaire inférieur qu'il a extirpé chez un jeune homme de vingt-quatre ans. Cette opération fut nécessitée par une affection datant au moins de cinq à six ans, à marche très-lente, et qui paraissait bornée au côté droit. En commençant, M. Maisonneuve ne songeait à enlever que la moitié de l'os ; mais il s'aperçut que la totalité de l'os était malade, et que l'extirpation complète était indispensable.

L'opération fut pénible. L'os avait été scié à sa partie moyenne. La moitié droite, qui était occupée par la tumeur principale, se brisa ; l'ablation du moignon, composé par la branche ascendante, fut très-difficile. La moitié gauche fut extirpée à moins de frais. Comme il en a la coutume, M. Maisonneuve isola les os des parties molles sans se servir du bistouri ; en grattant l'os et en déchirant les muscles avec l'ongle, il lui fut possible, de cette manière, de conserver tout le périoste, ce qui permet d'espérer une régénération de l'os ou au moins la formation de pièces osseuses solides.

Le malade est aujourd'hui complétement guéri, comme l'atteste un portrait au daguerréotype que M. Maisonneuve montre à la Société. Les suites de l'opération ont été fort simples. La langue n'a éprouvé aucune rétraction. La plaie avait été réunie par la suture. Au reste, d'après des faits très-nombreux, M. Maisonneuve regarde l'extirpation de la mâchoire inférieure comme peu grave en elle-même ; lorsque les malades succombent, c'est par suite des récidives et non par le fait de l'amputation elle-même.

Dans le cas actuel, la récidive n'est pas à craindre, et la guérison sera sans doute radicale, car la maladie n'a point les caractères du cancer ; elle est constituée par des kystes multiples qui entourent des productions fibreuses nées dans le centre de l'os.

— M. Bouvier montre une pièce destinée à élucider le siége réel du séton à la nuque. Un enfant de deux ans, atteint d'amaurose, entra à l'hôpital le 14 janvier. M. Bouvier lui-même plaça, le 21 du même mois, un séton de cinq centimètres et demi. Il le supprima bientôt ;

l'enfant paraissant condamné à une mort prochaine, un fil très-fin fut laissé en place.

La mort eut lieu, en effet, le 2 mai. La région disséquée avec soin, on peut constater que le tiers moyen du fil est situé dans l'épaisseur du muscle trapèze.

— M. Larrey présente une énorme masse cancéreuse située au-devant de la colonne vertébrale, et provenant d'un sujet adulte qui a succombé sans opération à une diathèse cancéreuse (1).

— La Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Dr Arist. Verneuil.

Séance du 14 mai 1856.

Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Guersant montre un jeune garçon affecté de symblépharon. La paupière n'est pas adhérente au milieu; mais vers les deux angles de l'œil, elle est soudée à la cornée; il existe encore maintenant une inflammation assez intense de la conjonctive et de la cornée. Plusieurs chirurgiens consultés déjà ont conseillé d'attendre.

M. Chassaignac a vu ce jeune homme. Il eut d'abord une conjonctivite ulcéreuse qui fut mal soignée. Les ulcérations se réparèrent par un tissu cicatriciel qui amena la soudure. D'accord avec M. Huguier, M. Chassaignac pense qu'il faut attendre, avant de rien faire, que la kératite soit tout à fait guérie. D'ailleurs, la cicatrice est trop récente encore pour pouvoir être attaquée.

— M. Broca présente un adulte opéré il y a dix-huit mois d'une fistule lacrymale par M. Desmarres. Le sac a été détruit par la cautérisation. Il reste maintenant à l'angle de l'œil une excavation profonde et assez difforme, par suite de l'adhérence de la cicatrice aux os.

Il y a eu amélioration. Le larmoiement a diminué; mais il existe toujours à un degré prononcé.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

(1) L'observation complète est déposée aux archives.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants : *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, 2e série, année 1854; *Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne; Mémoires d'agriculture,* publiés par la Société impériale et centrale d'agriculture, année 1855, 1re partie.

— M. le professeur Cloquet dépose sur le bureau la thèse inaugurale de M. José Pro. Cette thèse, sur l'*anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre*, renferme de précieuses recherches sur les pièces les plus intéressantes renfermées dans les musées de Londres.

Des remercîments seront adressés aux auteurs de ces envois.

— M. Robert. Dans la dernière séance, M. Maisonneuve a présenté l'amputation de la mâchoire inférieure comme une opération dépourvue de gravité et ne causant guère d'accidents sérieux par elle-même. On ne peut laisser passer cette assertion sans protester. L'amputation du maxillaire inférieur est très-sérieuse; elle est beaucoup plus dangereuse que l'ablation du maxillaire supérieur. Cette dernière, en effet, est très-effrayante, cause des dégâts très-étendus, mais n'amène à peu près jamais la mort. Si la lésion qui l'a nécessitée ne récidive point, la guérison est la règle.

Voici, du reste, le résumé de dix cas d'extirpation de l'os maxillaire supérieur :

L'opération a été pratiquée dans des cas variés, savoir :

2 fois pour mettre à découvert et extraire des polypes naso-pharyngiens multilobés;

2 fois pour ostéo-sarcome du maxillaire supérieur;

5 fois pour corps fibreux volumineux développés dans les parois du sinus maxillaire;

1 fois pour corps fibreux appartenant à la paroi antérieure seule du sinus. Dans ce cas, on a pu laisser une partie de la voûte palatine.

Les 10 malades étaient des hommes adultes âgés de vingt à cinquante ans. Dans aucun de ces cas, l'opération n'a présenté de difficultés sérieuses.

La joue a été divisée par une seule incision obliquement étendue de la commissure des lèvres à l'origine de la tempe. Les os ont été séparés avec la scie à chaîne et avec le ciseau.

Aucun des opérés n'a succombé aux suites de l'opération. Un seul a eu des accidents sérieux causés par un érysipèle de la face.

Les 6 opérés pour des corps fibreux sont guéris radicalement et sans récidive.

Les 2 malades affectés d'ostéo-sarcome ont succombé à la récidive du mal. Chez l'un, celle-ci a été très-prompte ; chez l'autre, elle s'est manifestée au bout de deux mois. Le mal s'est propagé le long de l'enveloppe du nerf maxillaire supérieur. Le malade a succombé au bout de trois mois dans d'atroces douleurs.

L'amputation du maxillaire inférieur, au contraire, en dehors même de la récidive, fait périr un certain nombre d'opérés, qui succombent par une sorte d'épuisement et sans accidents graves. L'un d'eux s'est éteint par une espèce d'asphyxie lente causée par la rétraction insensible de la langue.

Si enfin, à la plaie déjà si étendue que nécessite cette opération, on ajoute des incisions et des manœuvres autoplastiques, alors la gravité augmente dans une proportion considérable.

M. Verneuil désire revenir en quelques mots sur le travail de M. Maunoury et sur la cautérisation en général. Notre collègue de Chartres pense que l'on pourrait arrêter la marche de certains érysipèles de mauvaise nature en pratiquant à leur limite une cautérisation circulaire faite au moyen d'une étroite lanière de caustique qui détruirait la peau sur toute la circonférence du membre affecté. Il y a ici deux points à examiner, le précepte et le mode opératoire. Le précepte est donné depuis longtemps ; il est même sanctionné par l'expérience : on trouve dans le remarquable ouvrage de M. Philipeaux, composé surtout avec la pratique de M. Bonnet, des observations nombreuses dans lesquelles la cautérisation a arrêté et guéri des érysipèles graves, des phlegmons diffus, et surtout ces accidents terribles qui succèdent parfois aux piqûres des anatomistes. Le fer rouge appliqué et sur le lieu de la blessure et sur le membre aux points où se montrent des traînées rouges jouit d'une efficacité remarquable dans ces cas si foudroyants parfois. M. Verneuil, qui l'an dernier a vu mourir un jeune homme en quatre jours à la suite d'une écorchure insignifiante du doigt, regrette vivement de n'avoir point eu alors connaissance des observations de M. Bonnet. Pendant le cours de la même année, un interne des hôpitaux, puis un autre élève en médecine ont également succombé à des accidents semblables, qui rappellent d'une manière frappante les suites funestes des plaies empoisonnées, et permettent d'admettre qu'il s'agit véritablement d'un virus particulier.

Le conseil donné par M. Maunoury paraît donc très-logique ; reste

le mode opératoire. M. Bonnet pratique la cautérisation de la manière suivante : il applique d'abord le fer rouge sur le siége primitif du mal, c'est-à-dire sur la plaie; puis il pratique des raies de feu longitudinales sur le trajet des lymphatiques et sur les points les plus gonflés ; il va ainsi jusqu'à la racine du membre. Quelquefois il dissémine des pointes de feu çà et là sur la surface érysipélateuse elle-même.

M. Bonnet ne se propose pas de cerner le mal et de lui opposer une barrière circulaire, que sans doute il franchirait sans peine, il veut porter sur les tissus malades eux-mêmes une irritation très-vive, et voilà tout.

Le procédé de M. Maunoury pèche en plusieurs points : d'abord le caustique est moins avantageux que le fer rouge quand on veut obtenir une action vive et énergique. Puis la cautérisation circulaire est trop violente si l'on a affaire à un érysipèle ne comprenant que la peau; et, d'autre part, si le tissu cellulaire est pris, comme dans le phlegmon diffus, le mal se propagera aisément sous l'eschare. Enfin, la destruction circulaire de la peau dans toute son épaisseur pourrait peut-être entraîner plus tard des suites très-sérieuses, à en juger par le fait suivant :

M. Verneuil a vu dans le service de M. Denonvilliers un ouvrier vigoureux qui avait été brûlé à la jambe par un caustique liquide; la cautérisation était assez étendue sur une des faces du membre; mais, de plus, le liquide avait en un point fait tout le tour de la jambe, de façon à tracer sur celle-ci une sorte de jarretière étroite. La peau avait été détruite dans toute son épaisseur. Après la cicatrisation, qui ne fut pas très-difficile à obtenir, la partie moyenne de la jambe, un peu au-dessous du niveau du mollet, était étreinte par une bandelette cicatricielle circulaire, complète, étroite, mais rigide et inextensible, qui causait une sorte d'étranglement : d'où résulta un œdème incurable du pied et de la moitié inférieure de la jambe. Le malade partit pour son pays; il n'a pas été revu; mais M. Denonvilliers pensait qu'il n'y avait pas d'autre ressource que l'amputation.

M. Verneuil ne veut pas se faire l'apologiste outré de la cautérisation; cependant il craint que M. Broca, en avançant que cette pratique était donnée par les chirurgiens lyonnais comme dépourvue de tout inconvénient, n'ait été influencé par des exagérations de certains élèves de Lyon. On ne peut contester qu'en fait de doctrine il y a toujours des esprits qui compromettent les meilleures choses en exaltant outre mesure leur valeur. Si notre collègue veut consulter des documents plus sérieux et plus complets; s'il veut lire, par exemple, le livre de M. Philipeaux, qu'on peut considérer comme une sorte de Codex de

la cautérisation, il verra que la part a été faite aux accidents et qu'on n'a pas proclamé avec autant d'assurance l'innocuité quand même.

M. Verneuil cite ensuite des passages textuels de l'ouvrage de M. Philipeaux, et en particulier les opinions relatives aux érysipèles, aux phlegmons, à l'infection purulente et putride, aux hémorrhagies (voir les pages 5, 6, 7, 8, 9 et suivantes du *Traité de la cautérisation.* Paris, 1856 ; in-8°).

Il ressort de ces passages que M. Bonnet reconnaît à la cautérisation une innocuité très-grande, relative, mais non absolue; qu'il admet la possibilité d'érysipèles, d'hémorrhagies; mais qu'en cherchant à apprécier les conditions exceptionnelles dans lesquelles ces accidents se montrent, il indique par quelles précautions on peut les prévenir le plus souvent.

M. Verneuil termine en reconnaissant que la cautérisation, comme toute opération, peut par elle-même amener la mort, car rien n'est d'une innocuité absolue; mais que tout porte à croire que sous ce rapport elle expose infiniment moins que l'instrument tranchant, et qu'il convient d'y avoir recours quand elle peut réellement remplacer le bistouri.

M. Broca n'a pas eu l'intention d'attaquer M. Bonnet ni sa pratique, mais il a dit seulement, sans spécifier personne, que l'école lyonnaise était portée à exagérer l'innocuité de la cautérisation. Il a lu, en effet, des travaux, il a argumenté les thèses d'élèves très-enthousiastes, qui soutenaient qu'il n'y avait jamais d'accidents par suite de la cautérisation. Or M. Broca, ayant vu de ces accidents, a protesté, et a fourni ses preuves. Il n'a pas observé de phlébite, il est vrai; mais un certain nombre de brûlés succombent à cette complication, et la brûlure a certainement une grande affinité avec la cautérisation.

Pour savoir si les opérations faites avec le caustique entraînent moins souvent la mort que celles qu'on pratique avec l'instrument tranchant, il faudrait opposer l'une à l'autre de longues séries de chiffres, et puis mettre en regard des opérations comparables. La phlébite, l'infection purulente succèdent surtout aux vastes plaies, aux amputations, aux désarticulations. La cautérisation n'agit presque jamais sur des surfaces aussi étendues et dans des cas aussi graves; ses applications sont beaucoup plus minimes, et, dans les mêmes conditions, l'instrument tranchant lui-même est en général innocent.

M. Larrey. La cautérisation s'opère par des moyens si distincts les uns des autres dans leur nature, dans leur composition et dans leurs effets, qu'elle me semble exiger, au moins pour la discussion actuelle,

une appréciation différente des deux méthodes fondamentales, à savoir : le feu et les caustiques.

Le livre de M. Philipeaux, si justement cité par M. Verneuil, écrit d'après l'enseignement clinique de M. Bonnet, attribue trop exclusivement peut-être à l'école de Lyon les avantages d'une pratique grandement usitée ailleurs par d'autres chirurgiens, à une époque même où ils ne comptaient pas beaucoup d'imitateurs.

Ainsi, à part et après Ponteau, que l'on peut considérer sous ce rapport comme le chef de l'école lyonnaise; à part Louis, Imbert-Delonnes, Valentin, Gondret et d'autres, Percy a exposé, dans sa *Pyrotechnie chirurgicale*, les principes rationnels de la cautérisation par le feu.

On me permettra de rappeler aussi que mon père, dès l'origine de sa longue carrière, s'est montré le partisan le plus déclaré de la cautérisation par le fer rouge et par les moxas. Il en parle sans cesse dans ses ouvrages, et il établissait, pour sa part, une différence essentielle entre l'action du feu et celle des caustiques. Il attribuait au feu deux effets propres : l'un, tout à fait révulsif ou modificateur de certains états pathologiques; l'autre, de destruction partielle des tissus; tandis que le dernier seulement, quoique plus prononcé, est produit par les caustiques à des degrés variables.

Quant aux indications de l'emploi du feu, elles étaient presque sans nombre dans sa pratique, depuis l'érysipèle, dont on parlait ici tout à l'heure, jusqu'à certaines affections organiques dont on a beaucoup parlé ailleurs. Il appliquait le fer rouge par tous les procédés usuels aux inflammations externes, aux abcès froids par congestion, à certains kystes, aux plaies de mauvaise nature ou aux ulcères, à la pourriture d'hôpital, à quelques formes de la gangrène, aux cancers ulcérés, aux ostéites et aux tumeurs blanches des articulations, sans parler d'autres indications avérées pour tous les chirurgiens.

Peut-être enfin, je dois en convenir, cette préférence si marquée pour le cautère actuel et le moxa était-elle souvent trop exclusive; mais elle était au moins fondée sur une si vaste expérience, qu'elle méritait, je crois, d'être rappelée dans cette discussion.

J'ajouterai, d'après mes propres observations de chaque jour, que l'application du cautère actuel est loin de déterminer des douleurs comparables à celles des caustiques, dont l'effet lent, prolongé, échappe même ainsi à la salutaire intervention de l'anesthésie.

Il me semble, en définitive, que s'il ne faut pas trop céder à la tendance actuelle de substituer l'emploi des divers caustiques à l'action

des instruments tranchants, il serait utile bien souvent de préférer aux uns et aux autres l'application du feu.

M. Morel-Lavallée. M. Verneuil, en défendant la cautérisation, a cité des cas où elle avait guéri des accidents graves suite de piqûres anatomiques; il attribue ces accidents à une sorte d'empoisonnement dont ces plaies sont le point de départ, à une sorte de virus qu'elles renfermeraient. Or, M. Verneuil est en contradiction avec lui-même, car il pense que la cautérisation est efficace parce que la plaie est virulente. Or, si elle l'était, la cautérisation n'aurait précisément aucune action, car on sait très-bien que rien ne peut arrêter l'absorption et l'effet d'un virus, surtout quand on n'intervient que le deuxième ou le troisième jour après son insertion. S'il fallait en fournir des preuves, il suffirait de rappeler les belles expériences de M. Renaud (d'Alfort), et l'observation si concluante de M. Duméril, qui, ayant cautérisé sur-le-champ les morsures qu'une vipère lui avait faites, n'en éprouva pas moins tous les accidents généraux que détermine le venin.

Quant à la cautérisation en général, il regrette qu'on soit tombé à son égard dans des abus, dans des exagérations qui certainement auront un terme. Ce n'est pas sans un grand étonnement, par exemple, qu'il a lu le mode de traitement préconisé par M. Bonnet pour la cure des fistules urinaires et des infiltrations d'urine ; ces incisions multipliées, ces nombreux cautères éteints dans les plaies l'ont effrayé, d'autant plus qu'ils ne sont nullement nécessaires, comme le prouvent les cas très-nombreux où les fistules et les infiltrations urinaires guérissent par des moyens beaucoup plus doux.

M. Morel croit, en un mot, qu'en en jugeant par ces exemples, la cautérisation est compromise à Lyon, et qu'il faut protester contre l'abus qu'on en fait.

M. Guersant. Les dissidences qui se montrent dans la discussion exigent qu'on cite des faits. Or, depuis de longues années, il a appliqué le caustique de Vienne au moins trois mille fois, soit pour établir des cautères pour des affections articulaires, des gibbosités, soit pour enlever des loupes; jamais il n'a observé un seul érysipèle. Il a traité un grand nombre de tumeurs érectiles par les aiguilles rougies; dans plus de deux cents cas, il a appliqué des pointes de feu allant jusqu'au sphincter pour remédier à des chutes du rectum si communes chez les enfants : jamais non plus il n'a observé le moindre accident. Il ne dit pas que l'érysipèle est impossible, mais à coup sûr il doit être extrêmement rare. Alors, au contraire, que pour des loupes ou pour des chutes du rectum M. Guersant a employé le bistouri, il a vu survenir

assez fréquemment des érysipèles, dont quelques-uns ont été graves et ont même entraîné la mort.

M. Cloquet, au début de sa carrière, employait ordinairement le bistouri ; mais plus tard, ayant suivi la pratique de Larrey, il fut surpris des guérisons remarquables obtenues soit par le fer rouge, soit par les moxas. Dès lors il est revenu à la cautérisation. Il attaquait autrefois les loupes avec le bistouri, il eut des érysipèles graves : un malade mourut, deux autres n'échappèrent qu'à grand'peine. Depuis lors il n'a plus employé que le caustique, et il n'a jamais observé la moindre complication ; il cite, entre autres, un cas où vingt-deux loupes furent détruites en deux séances par la pâte de Vienne sans le plus minime accident.

Il en est de même des kystes du cou qu'on rencontre particulièrement chez les femmes. L'incision est souvent accompagnée de suites très-graves ; il a même vu un cas de mort. Dès lors il les a attaqués exclusivement avec le caustique, et n'a plus observé ni phlébite, ni résorption purulente, ni érysipèle. Les moxas, les larges vésicatoires volants sont très-propres également à faire cesser les phénomènes graves qui apparaissent après l'ouverture des abcès par congestion ; ces phénomènes sont sujets à récidiver, mais on peut les faire disparaître de nouveau à l'aide des mêmes moyens.

En résumé, M. Cloquet est partisan de la cautérisation dans une foule de cas où l'on emploie de coutume le bistouri ; il n'a jamais vu le caustique amener ni l'érysipèle ni résorption purulente.

M. Hervez de Chégoin a vu aussi un kyste du cou guéri sans accidents par la cautérisation.

M. Marjolin. M. Morel, en niant la virulence des piqûres anatomiques, proclame l'inutilité de la cautérisation contre les maladies virulentes en général. Oublie-t-il la pustule maligne et l'efficacité si bien établie des caustiques quand ils sont énergiquement employés ? La même chose se passe pour d'autres affections analogues. Un enfant fut mordu par un chien enragé, suivant le rapport de M. Bouley ; une première cautérisation fut faite, mais d'une manière insuffisante ; on eut recours alors à l'excision, suivie d'une cautérisation très-énergique ; une inflammation très-vive s'ensuivit. la guérison fut complète.

M. Morel-Lavallée ne nie pas la virulence de la pustule maligne, mais il ne voit pas en quoi on peut lui comparer la piqûre anatomique. Dans tous les cas, dans la plupart des maladies virulentes, rage, syphilis, la cautérisation est tout à fait inefficace ; d'ailleurs, elle est presque toujours appliquée beaucoup trop tard après l'inoculation.

M. Deguise fils ne croit guère à l'efficacité de la cautérisation contre la rage, si elle n'est pas faite immédiatement après la morsure. Il cite l'exemple d'un cordonnier mordu au nez par un chien ; la cautérisation fut faite énergiquement un quart d'heure après, ce qui n'empêcha pas la mort de survenir avec les symptômes caractéristiques au trente-troisième jour.

M. Marjolin. Il faut tenir compte de beaucoup de circonstances générales et individuelles, de l'intensité, de la quantité du virus ; mais il faut, en résumé, savoir si la cautérisation n'a aucune utilité ou si, au contraire, elle peut amener la guérison. Il pense qu'en la répudiant on se priverait d'une grande ressource, mais qu'il est indispensable de lui associer un traitement interne par les sudorifiques.

RAPPORT.

M. Alph. Guérin lit un rapport sur les travaux de M. Dupierris.

M. Dupierris, exerçant la médecine à la Havane, a souvent eu l'occasion de s'occuper de la cure de l'hydrocèle. Après avoir eu recours à l'injection de teinture d'iode, il a imaginé de diminuer peu à peu la quantité d'iode et d'eau jusqu'à ce qu'il soit arrivé à ne plus injecter que de l'alcool pur.

La formule à laquelle il tient est celle-ci :

« Extraction du liquide au moyen d'un trocart explorateur; l'extraction étant faite, injection par la canule de 4 à 8 grammes d'alcool à 36°, qu'il laisse dans la cavité de la tunique vaginale; après le retrait de la canule, pression du scrotum en divers sens, de manière que l'alcool baigne toutes les parties. »

La douleur produite par cette injection, dit M. Dupierris, est incomparablement moins forte et moins longue que celle qui est occasionnée par la teinture d'iode. Après la première huitaine, on doit ordonner deux demi-bains par jour à la température de 23 à 24° Réaumur et accompagnés de malaxation.

Cette méthode consiste donc :

1° A laisser dans la tunique vaginale une certaine quantité déterminée d'alcool ;

2° A malaxer la tumeur deux fois par jour pendant que le malade est dans un demi-bain.

Cette opération donne rarement lieu à une réaction fébrile, et, quand la fièvre se produit, sa durée ne dépasse pas vingt-quatre heures. Grâce à la bénignité de cette injection, le malade peut vaquer à ses occupations le jour même où il a été opéré, en prenant toutefois la

précaution de soutenir ses bourses avec un suspensoir. Dans les cas où un peu de douleur se manifeste, le repos au lit est de rigueur pendant deux jours. La guérison s'opère d'ailleurs comme après l'injection d'iode. Ainsi, la partie se tuméfie graduellement, de manière que le dixième jour son volume soit à peu près celui qu'elle avait avant l'opération; puis elle va s'amoindrissant chaque jour jusqu'au trentième, époque ordinaire de la guérison.

Comme accident de cette opération, l'auteur ne signale qu'un accès de fièvre qui survient parfois, mais qui jamais ne dure plus de vingt-quatre heures.

Nous aurions désiré savoir approximativement le nombre des malades qui ont été traités et guéris par cette méthode, car sans ce renseignement il nous est impossible de donner la préférence aux injections d'alcool pur sur celles qui sont faites avec le vin chaud ou avec la teinture d'iode.

Un membre de cette Société, M. Richard, ayant expérimenté cette opération sur un certain nombre de malades, j'ai trouvé dans le mémoire qu'il a publié dans la *Gazette hebdomadaire* des renseignements qui facilitent un peu la tâche qui nous est imposée. Je ne ferai pas l'analyse de ce travail, qui est connu de tous les membres de la Société; je rappellerai seulement que la guérison des malades opérés par M. Richard a été constatée au bout d'un temps qui varie de trois semaines à trois mois. Les suites de l'opération ont été généralement très-heureuses; les malades se sont levés dès le lendemain, et rarement la douleur a été assez vive pour que l'opéré ait dû rester au lit. C'est du moins ce que nous apprend le tableau où sont consignés les résultats de quatorze opérations. Une quinzième observation, qui ne figure pas dans ce tableau, serait de nature à faire concevoir des craintes : on y trouve que, chez un malade âgé de quarante-trois ans, l'injection provoqua une très-vive douleur, une syncope, de l'insomnie. Le lendemain, les bourses étaient tuméfiées, et ce n'est que six jours plus tard que les symptômes alarmants disparurent à la suite d'une incision qui donna issue à plusieurs cuillerées de pus sanguinolent et à des lambeaux sphacélés du dartos. Mais il est évident, d'après les explications que M. Richard donne un peu plus loin, que l'alcool avait dans ce cas été injecté dans le tissu cellulaire qui existe en dehors de la tunique vaginale, accident que l'on a pu constater après les injections de vin ou de teinture d'iode faites avec le plus grand soin et par les opérateurs les plus habiles.

Après cet exposé succinct de l'opération à laquelle M. Dupierris

donne la préférence sur toutes celles qui ont été tentées dans le but de guérir l'hydrocèle, si nous cherchons ce qu'il y a de vraiment neuf dans cette communication, nous serons forcés de reconnaître que l'injection d'alcool pur est loin d'être une invention aussi récente que MM. Dupierris et Richard paraissent le croire ; on trouve, en effet, dans le mémoire de Sabatier (***Mém. de l'Acad. de chirurgie***) le passage suivant :

« M. Chastanet, chirurgien aide-major de l'hôpital de Lille en Flandre, après avoir vu M. Planque, premier chirurgien du même hôpital, injecter avec succès une certaine quantité d'esprit-de-vin qu'il ***laissait dans le sac***, a fait usage du même procédé. »

Mais si cette manière de traiter l'hydrocèle n'est pas neuve, M. Dupierris a du moins le mérite d'avoir fixé d'une manière précise la quantité d'alcool que l'on peut injecter sans danger. Monro et Sharp en avaient injecté une once, et les résultats furent peu satisfaisants. MM. Planque et Chastanet furent plus heureux en n'en injectant que 3 gros (12 grammes) ; la dose adoptée par M. Dupierris varie de 4 à 8 grammes.

Le travail dont je suis chargé de vous rendre compte ne prouve pas que l'injection d'alcool pur, abandonné dans la tunique vaginale, soit plus avantageuse que celle qui est faite avec le vin chaud ou la teinture d'iode ; nous voyons, en effet, dans le tableau de M. Richard, que la guérison a été constatée au bout d'un temps qui varie de trois semaines à trois mois, et M. Dupierris indiquant un mois comme la moyenne du temps qu'il lui a fallu pour guérir ses opérés, il me semble que le procédé auquel il a eu recours ne guérit pas plus vite que l'injection de vin ou de teinture d'iode.

Le mérite réel de M. Dupierris est d'avoir posé en principe que les malades peuvent se lever le lendemain de l'opération et vaquer à leurs travaux sans retarder leur guérison. Déjà Pott n'exigeait pas que les malades soumis à la méthode du séton gardassent le lit au delà de quelques jours ; après quoi, ils pouvaient se tenir sur une chaise longue jusqu'à la fin de la cure, qui pour l'ordinaire était complète en trois semaines ou tout au plus en un mois (***Mémoires de l'Académie de chirurgie***).

En Angleterre, si je ne me trompe, plusieurs chirurgiens, parmi lesquels je suis heureux de citer M. Curling, ont adopté cette pratique, et moi-même j'ai plus d'une fois permis à des malades impatients et nerveux de se lever peu de jours après l'opération, sans que jamais j'aie eu à me repentir de cette complaisance. Mais M. Dupierris va

plus loin qu'on n'était allé ; sa méthode n'exige que deux jours de repos absolu, si tant est, dit-il, que le malade soit tenu de quitter ses occupations, ce qui n'arrive pas toujours.

Depuis que j'ai pris connaissance des travaux de M. Dupierris, j'ai voulu savoir si c'est à l'injection d'alcool pur qu'il faut attribuer la tolérance de la tunique vaginale.

Pour m'en assurer, j'ai injecté de la teinture d'iode, dont une certaine quantité, une cuillerée à bouche au moins, a été abandonnée dans la tunique vaginale, et j'ai permis aux malades de se promener le jour même de l'opération, en ayant soin de faire soutenir la partie malade par une compresse passée au-dessous des bourses, ainsi qu'on le pratique habituellement.

J'ai déjà opéré ainsi une demi-douzaine de malades, et jamais, dans ces cas, il n'y a eu plus d'inflammation que lorsqu'on oblige les opérés à rester au lit.

J'ai dû aussi, en ma qualité de rapporteur de votre commission, rechercher quelle peut être l'influence des bains tièdes après l'opération de l'hydrocèle par injection. Je l'avoue, par cela même que je ne crois pas que la guérison s'opère par l'adhésion des parois opposées de la tunique vaginale, je me défiais d'un moyen qui ne me semblait point de nature à diminuer l'exhalation de la sérosité dans la cavité de cette membrane ; mais la pratique m'a donné tort. Au lieu d'ordonner des demi-bains huit jours seulement après l'opération, j'ai prescrit de grands bains tièdes dès le lendemain du jour de l'injection ; je les ai fait répéter deux ou trois fois par semaine, et il m'a semblé, sans que je puisse pourtant encore l'affirmer, que par cette pratique la résolution de la tumeur se fait plus promptement.

Il est un point de la méthode de M. Dupierris que j'abandonne à votre appréciation. Je veux parler des malaxations pratiquées deux ou trois fois par jour sur la partie qui est le siége de la maladie. Je n'ai point expérimenté la malaxation ; M. Richard a fait comme moi. Je pense que la Société me pardonnera de n'avoir pas pensé que mon rôle de rapporteur m'imposait cette obligation.

M. Dupierris attache pourtant une grande importance à cette petite opération, surtout dans les cas d'hydrocèle aiguë et spontanée. Mais les hydrocèles aiguës ne s'étant jamais offertes à mon observation que consécutivement à une autre lésion, ou à la suite d'une violence exercée sur les testicules, il m'eût d'ailleurs été impossible, avec la meilleure volonté du monde, d'avoir recours à la malaxation, à laquelle je

suis bien tenté d'attribuer une moins grande efficacité qu'au bain dans lequel on la pratique.

— Les inflammations du foie étant fréquentes à la Havane, M. Dupierris a souvent eu l'occasion d'observer l'ascite symptomatique de cette maladie. Après avoir eu recours à la ponction simple répétée à des intervalles plus ou moins éloignés, il s'est décidé à employer la méthode du séton, qu'il applique de la manière suivante : Le malade étant placé comme pour la paracentèse ordinaire, le trocart est enfoncé à travers la ligne blanche, quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; puis le poinçon ayant été retiré, on évacue le liquide. Mettant alors l'opéré dans la position horizontale, le chirurgien glisse la canule le long de la face interne de la paroi abdominale, et appuyant le bout de cet instrument à 8 ou 9 centimètres de son entrée, il réintroduit le poinçon de manière à en faire sortir la pointe de dedans en dehors. La canule, ayant ainsi ses deux extrémités hors du ventre, sert à introduire un fil de plomb que l'on fixe en tordant ses deux bouts l'un sur l'autre.

« Cette méthode, dit M. Dupierris, est d'une bénignité incontestable. Le nombre des guérisons que j'ai obtenues par elle est considérable. La légère péritonite qui en est ordinairement la suite ne peut, dans aucun cas, être considérée que comme une irritation artificielle facile à maîtriser. »

Tout récemment, M. Barth a eu recours à une opération à peu près semblable. La perforation de la paroi abdominale en deux points éloignés l'un de l'autre de 10 centimètres fut pratiquée comme dans le procédé de M. Dupierris. Seulement, au lieu d'un fil de plomb, ce fut un tube en caoutchouc qui remplaça la canule du trocart. Notre collègue M. Chassaignac pourrait dire que c'est toujours la méthode du drainage. Dans le procédé de M. Barth, ce serait le drainage à l'aide de tubes. Dans le procédé de M. Dupierris, ce serait le drainage hollandais. L'un et l'autre de ces procédés sont pour tout le monde deux variétés du séton, dont le but est de faciliter l'écoulement de la sérosité, de manière que l'activité de l'excrétion l'emporte sur celle de la sécrétion. M. Dupierris n'ignore pas que l'ascite est le plus souvent symptomatique d'une autre maladie. Aussi n'accorde-t-il à son opération d'autre effet que de combattre le symptôme ascite, sans lui attribuer aucune action sur la cause de la maladie. Il dit avoir guéri un nombre considérable d'hydropisies par cette méthode; mais comme toujours il ne donne pas de chiffres; de pareilles assertions n'ont aucune valeur scientifique, puisqu'elles ne permettent pas d'établir de

comparaison entre les résultats obtenus par les méthodes les plus vantées dans ces derniers temps et celle que M. Dupierris préfère à toutes les autres.

Vous avez déjà pu voir, messieurs, que M. Dupierris ne marche pas dans les sentiers les plus battus. Ami du progrès, il cherche toujours à améliorer ce que l'école lui a appris. Ayant eu l'occasion de faire la ligature de l'artère fémorale, et craignant que le sang n'ait de la peine à se répandre dans la jambe et dans le pied, il imagina de comprendre l'artère entre deux anses de cordonnet qu'il applique après avoir découvert l'artère, et qu'il serre avec le serre-nœud dont M. Ricord se sert pour l'opération de la varicocèle. Quarante-huit heures après la ligature, les cordonnets sont relâchés de jour en jour jusqu'au septième, époque à laquelle ils n'exercent plus aucune constriction sur le vaisseau. Le dixième jour ils sont retirés. L'opération a été parfaitement heureuse. Mais un fait ne suffit pas pour juger un procédé opératoire. Il est même difficile de ne point faire d'objection à celui dont je viens de vous donner la description succincte. Si dès le troisième jour vous ne retirez pas les cordonnets, pourrait-on dire à M. Dupierris, c'est que vous craignez que le vaisseau soit encore perméable au sang; mais s'il en était ainsi, et cela n'est point impossible, vos cordonnets ne seraient pendant quelque temps que des ligatures d'attente qui pourraient ulcérer le vaisseau et donner lieu plus tard à une hémorrhagie. Si vos ligatures ne coupent pas le vaisseau, elles peuvent l'ulcérer.

Si M. Dupierris avait connu la méthode de la compression multiple, assurément il l'aurait bien préférée à son procédé de ligature; mais s'il n'a pas compris qu'il n'est pas nécessaire pour qu'un anévrisme se guérisse que l'artère qui en est le siége soit oblitérée au-dessus du sac, son opération a pourtant dû guérir par le même mécanisme; toutefois, par un moyen plus dangereux.

Je ne parlerai pas longuement d'une expérience que l'auteur recommande à notre attention. Appelé auprès d'une petite fille de neuf ans atteinte du croup, M. Dupierris croit l'avoir guérie en lui faisant des injections d'une solution d'alun dans les fosses nasales. Je ne trouve pas dans l'énumération des symptômes de la maladie des caractères suffisants pour me prononcer sur la nature de l'affection. Sans doute il s'agissait bien d'une affection diphthéritique; mais je serais tenté de croire que ce n'était pas là un cas de croup bien caractérisé.

Il me reste à vous entretenir d'une méthode thérapeutique qui serait d'un grand secours pour les personnes affectées d'hémorrhoïdes, si de nouvelles observations viennent confirmer les faits avancés par M. Du-

pierris. Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales deviennent excessivement douloureuses, on les recouvre de bourdonnets de charpie trempés dans une solution de 75 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. On renouvelle cet appareil toutes les quatre heures, et l'on fait ainsi, dit l'auteur, disparaître non-seulement les accidents, mais les tumeurs elles-mêmes dans l'espace de deux à quatre jours.

N'ayant point expérimenté cette opération, je la livre à vos méditations. Elle n'est qu'un procédé de la méthode de la cautérisation. Peut-être a-t-elle sur le fer rouge l'avantage de ne pas étendre son action assez profondément pour déterminer la rétraction extrême des tissus, que j'ai vue, dans quelques cas, devenir une cause de rétrécissement de l'anus. D'après M. Dupierris, cette cautérisation ne serait pas excessivement douloureuse. Malheureusement, l'auteur ne consacre qu'une page à son chapitre sur la cure des hémorrhoïdes, et je ne peux vous dire plus que je n'ai trouvé dans ce trop court exposé d'un procédé que je me propose d'employer la première fois que j'en trouverai l'occasion.

M. Dupierris vous a montré aussi, messieurs, deux instruments destinés à l'urétrotomie, que j'ai eus entre les mains pendant quelques jours, mais qu'il m'a été impossible de me procurer pour en faire l'essai. A défaut des instruments, je suis réduit à vous faire voir le dessin qui les représente.

L'un est un urétrotome droit, terminé par une saillie semblable à celle des urétrotomes de M. Civiale et de M. Robert, formée de deux parties latérales entre lesquelles est cachée la lame de l'instrument. Mais au delà de cette saillie apparaît un petit bouton susceptible de s'engager dans un point rétréci de l'urètre lorsqu'on pousse sur la tige, dont il n'est qu'une des deux extrémités. Du bouton à la saillie où est cachée la lame de l'urétrotome, s'étend un ressort qui, se développant du côté du dos de l'instrument, est destiné à tendre la portion opposée du canal de l'urètre, de manière qu'elle soit plus facilement coupée lorsque la lame sera poussée de sa gaîne vers le bouton du conducteur.

Le second urétrotome a la forme d'une sonde de trousse. Il est composé d'une sonde creuse dans laquelle on passe un mandrin au moyen duquel on peut faire saillir, à l'extrémité vésicale de l'instrument, deux lames qui, en s'éloignant l'une de l'autre, peuvent diviser l'urètre très profondément en deux points opposés. Pour que ces lames coupent sûrement au niveau du rétrécissement, l'instrument est muni d'un conducteur boutonné que l'on engage dans la partie rétrécie. Il suffit de

jeter les yeux sur le dessin qui représente cet urétrotome pour en comprendre le mécanisme.

M. Dupierris a présenté ces instruments à la Société de chirurgie au mois de mars 1853, en prévenant que cette présentation avait pour but d'établir la priorité de l'inventeur.

Je regrette de ne pas avoir fait plus tôt ce rapport, et d'avoir été absent lorsque M. Boinet, l'un de nos collègues, vous a présenté un coarctotome analogue à celui de M. Dupierris. Puisque notre confrère de la Havane a compté sur moi pour faire valoir ses droits à la priorité, j'ai dû rapprocher son instrument de celui de M. Boinet, et montrer que la même idée a présidé à l'invention de ces deux urétrotomes. Mais Dieu me préserve de penser que M. Boinet connaissait l'instrument de M. Dupierris, pourtant vieux de trois ans lorsqu'il a inauguré le sien. Si, à propos d'une simple présentation d'instrument, je devais traiter la question de priorité des conducteurs dans l'urétrotomie, je ne sais jusqu'où je devrais remonter. Sans aller bien loin, je rappellerai que Bourgery a représenté, dans son *Atlas de médecine opératoire*, des urétrotomes de M. Le Roy-d'Étiolles, dont la lame est précédée par une bougie en gomme beaucoup moins longue que celle dont se sert M. Maisonneuve, mais servant tout aussi sûrement à guider la lame de l'urétrotome.

Avant M. Maisonneuve, M. Charrière avait vissé une longue bougie à un urétrotome dont la lame ne ressemble en rien à l'espèce de lithotome de notre collègue. Et, avant ces inventeurs, beaucoup d'autres avaient eu l'idée de se servir de conducteurs. Mais, parmi tous ces instruments, il est difficile d'en trouver deux qui aient une plus grande ressemblance entre eux que ceux de MM. Dupierris et Boinet.

J'ai dû, messieurs, vous parler de ces instruments, à cause de l'importance que leur accorde leur inventeur, pour que, suivant son désir, la question de priorité soit posée devant nous. Je dis posée, et non résolue, car ces questions, ayant surtout un intérêt personnel, me semblent devoir être débattues bien plus efficacement entre les personnes qui prétendent à la priorité de l'idée.

Après avoir pris connaissance des quelques feuilles dans lesquelles M. Dupierris nous a fait connaître quelques-uns des procédés chirurgicaux imaginés par lui, on regrette que l'auteur n'ait pas donné à son travail toute l'étendue qu'il comportait. Mais, tel qu'il est, il offre un véritable intérêt : aussi, prenant en considération deux mémoires fort remarquables publiés par M. Dupierris en 1840 et 1847, votre commission croit devoir proposer à la Société de publier dans

les *Bulletins* le mémoire dont je viens de vous rendre compte, et d'accorder à l'auteur le titre de membre correspondant.

M. Cloquet a tenté la cure de l'hydrocèle avec l'eau-de-vie camphrée, et il a très-bien réussi, si ce n'est chez un homme chez lequel l'injection deux fois répétée ne put jamais enflammer la tunique vaginale.

Il a essayé aussi le séton abdominal dans l'ascite. Une jeune fille était atteinte d'ascite, probablement idiopathique. Le péritoine renfermait à peu près huit à dix litres de sérosité. Le liquide avait distendu la cicatrice ombilicale, qui formait une petite tumeur transparente du volume d'une noix. M. Cloquet eut l'idée de passer, à l'aide d'une aiguille, un séton composé d'un fil de soie, à travers cette tumeur. Pendant trois jours il y eut écoulement abondant de sérosité; le quatrième jour, des accidents de péritonite suraiguë survinrent, et amenèrent la mort le lendemain.

M. Larrey a eu souvent recours à la malaxation de la tumeur dans l'hydrocèle. Cette pratique lui fut suggérée par un accident. Il opérait un jour un officier. A peine quelques gouttes d'iode furent-elles poussées dans la tunique vaginale, qu'on fut obligé de s'arrêter. Craignant la récidive, M. Larrey, dans le but de mettre la teinture en contact avec tous les points de la séreuse, malaxa longtemps le scrotum. La guérison eut lieu. Depuis ce temps, M. Larrey associe toujours cette manœuvre à l'opération ordinaire.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, Arist. Verneuil.

Séance du 21 mai 1856.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hernie traumatique du poumon. — M. Larrey présente un exemple de hernie traumatique du poumon qui mérite l'attention à cause de la rareté des lésions de ce genre, et en raison aussi de toutes les circonstances appréciables de la blessure.

M. M..., lieutenant au 91e de ligne, est blessé en Crimée le 8 juin 1855, à l'assaut de Malakoff, par une balle qui traverse la poitrine de part en part. Le projectile pénètre par la région latérale gauche, per-

pendiculairement à la paroi thoracique, fracture la neuvième côte et ressort en arrière sur un même plan horizontal par la région postérieure du même côté, près du rachis et au niveau même des apophyses épineuses. L'ouverture d'entrée est beaucoup plus étroite que celle de sortie. Notons ce fait, eu égard à la complication spéciale de la plaie.

Les accidents primitifs sont d'abord un crachement de sang assez abondant, puis une émission d'urine sanguinolente par le canal, ensuite une hémorrhagie directe par la plaie, et enfin la perte de connaissance, qui semble avoir arrêté ces accidents. La perforation pulmonaire n'est pas douteuse, d'après le signe pathognomonique de l'hémoptysie. Mais l'hématurie, qui, du reste, n'a été qu'instantanée, sans se reproduire une seule fois depuis, ne s'explique pas aussi facilement par une lésion du rein, parce que cet organe se trouve situé au-dessous du trajet parcouru en apparence par le projectile. Aucun signe de néphrite n'est d'ailleurs survenu plus tard.

Le blessé, laissé pour mort sur le terrain, est relevé par les Russes et enmené dans leur ambulance; mais, obligé de marcher, soutenu seulement par les bras, il fait un faux pas et tombe. C'est dans cette chute que, d'après son récit, il éprouve une sensation indéfinissable, mais non une douleur vive, vers la plaie d'entrée; il la découvre en y portant la main, s'aperçoit de la présence d'un corps mou formant au dehors une saillie qu'il compare à celle d'un gros œuf de poule. Il essaye instinctivement de réduire cette grosseur, mais n'y parvient pas, et cherche à la contenir avec son mouchoir, en éprouvant un peu plus de gêne à respirer, sans nul tiraillement dans le ventre. C'est encore un fait à noter.

Arrivé quelques instants après à l'ambulance, il reçoit les soins d'un chirurgien major russe, qui examine la blessure avec assez de soin, semble constater une hernie du poumon dilacéré par le projectile, mais ne se préoccupe point d'obtenir, de tenter même la réduction de cette hernie. Il applique d'emblée sur son pédicule une forte ligature, et la serre ensuite progressivement chaque jour, en saupoudrant la tumeur avec une poudre caustique pour activer l'élimination.

Les accidents consécutifs sont tout à fait en rapport avec la gravité de la blessure. Le crachement de sang dure quinze jours environ, à des degrés variables; la douleur ressentie dans les deux plaies est plus persistante du côté de la hernie, en même temps que la gêne de la respiration, plus marquée, provoque des quintes de toux assez fréquentes. Quelques esquilles de la côte fracturée se détachent, et la

portion herniée, réduite à un tissu noirâtre et comme ratatiné, est enfin éliminée au bout de six semaines. Des adhérences se forment au pourtour de la plaie, entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire ; et cette ouverture d'entrée, entretenue à la fois par les esquilles, par la hernie, par la ligature et par la suppuration, se ferme enfin promptement au bout de huit ou dix jours, et assure de ce côté une cicatrice définitive. Quant à la plaie de sortie, elle donne d'abord issue à quelques détritus noirâtres, de nature mal déterminée, à des eschares, sans doute, et peut-être à des parcelles d'étoffe ou de vêtements, ainsi qu'à des esquilles secondaires et tertiaires. Mais M. M... ne peut nous donner aucune notion précise à cet égard.

Evacué de Sébastopol sur Simphéropol, il voit cette plaie se rouvrir et suppurer de nouveau; puis, transporté à Kherson, il éprouve des accidents cérébraux semblant dépendre d'une ancienne blessure à la tête par un éclat d'obus, mais qui se dissipent en même temps que la plaie s'oblitère. Elle s'ouvre cependant une fois encore dans la translation du blessé à Odessa, et se cicatrise définitivement à sa rentrée en France.

Parvenu enfin à Paris, M. M... a occasion de voir notre honorable collègue M. Lenoir, qui, après avoir examiné attentivement les deux cicatrices de la blessure, reconnaît en avant ou au niveau de la plaie d'entrée les signes d'une hernie réductible du poumon. Il m'adresse ensuite ce jeune officier au Val-de-Grâce, et, après avoir recueilli de sa part tous les antécédents nécessaires, nous constatons l'état suivant par une exploration exacte :

A l'endroit de la plaie latérale de la poitrine, immédiatement au-dessous et au niveau de la cicatrice, existe un relief ou un soulèvement de la peau assez sensible, même dans le repos, offrant le volume de la dernière phalange du pouce. La cicatrice à peu près transversale en trace le plus grand diamètre; elle est amincie, dépressible et d'une consistance assez analogue à celle d'un mamelon élargi, mais non turgescent. La tumeur donne une sensation non de fluctuation, mais d'élasticité, à la manière d'un tissu expansible et réductible, à tel point qu'elle s'affaisse et disparaît complétement par une pression méthodique. Elle semble même franchir une ouverture arrondie assez résistante sur ses bords et au fond de laquelle pénètre l'extrémité du doigt. Cette tumeur, dès qu'elle n'est plus comprimée, reparaît spontanément, et proémine davantage pendant l'effort de la toux, en même temps qu'elle devient un peu plus tendue sous la main. Elle augmente aussi pendant la marche ou dans la station prolongée, mais rarement

au delà du double de son volume. L'auscultation immédiate ne permet de percevoir que difficilement et à peine le murmure respiratoire, d'ailleurs pur et sans râle. On l'entend mieux avec le stéthoscope, mais à l'expiration seulement, et pas du tout à l'inspiration. La respiration est normale dans le reste de la poitrine. La percussion par conséquent ne fournit aucun signe utile au diagnostic. J'invite notre honorable collègue M. Morel-Lavallée à vouloir bien vérifier ce diagnostic, d'après ses recherches spéciales sur les hernies pulmonaires (1).

L'indication bien simple, selon la réductibilité facile du pneumocèle, est de le maintenir réduit à l'aide d'un bandage. Le premier appareil, fait chez M. Charrière, ne peut être supporté, parce que, étant trop étroit, il comprime douloureusement la base de la poitrine et l'épigastre, comme une ceinture trop serrée. Un second appareil beaucoup plus large, ayant la forme d'un corsage avec bretelles, et garni d'une pelote convexe assez grande, satisfait pleinement à cette indication, et permet enfin à M. M... de supporter les mouvements de la marche et les efforts de la toux sans déplacement du bandage ni de la hernie.

Telles sont les conditions dans lesquelles M. Larrey présente à la Société cet intéressant blessé avant sa sortie du Val-de-Grâce.

M. Morel-Lavallée, dans ses recherches sur la hernie du poumon, n'a pas encore vu de cas semblable à celui-ci. La tumeur formée par la hernie s'efface ordinairement pendant l'inspiration et se gonfle pendant l'expiration. Dans le cas actuel, au contraire, ces deux actes ne sont pas nettement tranchés, ce qui peut inspirer quelques doutes sur le diagnostic. On pourrait croire qu'il s'agit d'une hernie épiploïque; la position tout à fait exceptionnelle de la tumeur ne détruirait pas complétement cette hypothèse, car M. Morel a vu un cas tout aussi singulier dans lequel l'épiploon s'était fait jour à travers la paroi thoracique à la suite d'une plaie qui avait intéressé à la fois cette paroi et le diaphragme.

Cependant le malade de M. Larrey est réellement affecté de hernie pulmonaire, car il existe un signe très-caractéristique : si on vient, en effet, à presser la tumeur comme pour la réduire, on perçoit une crépitation fine qui atteste la présence d'un lobule pulmonaire; on peut encore remarquer que cette tumeur ne se gonfle pas quand on fait faire un effort au malade. C'est là du reste un signe négatif que M. Morel-Lavallée a constaté plus d'une fois dans les hernies pulmonaires. Au

(1) *Hernies du poumon*, par Morel-Lavallée; *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. Ier, 1847.

contraire, dans ces cas où l'effort n'agit point sur la tumeur pulmonaire, le moindre cri, l'action de parler, de tousser, en un mot toute expiration brusque fait à l'instant gonfler la hernie du poumon. Ces faits sont embarrassants, et ont diminué la confiance que M. Morel accordait à la théorie si ingénieuse de l'effort telle qu'elle a été formulée par M. Cloquet.

Voici en quoi consiste la difficulté : dans cette théorie, l'effort s'accompagne de l'occlusion de la glotte; l'air se trouve alors emprisonné dans les cavités bronchiques, et le moindre resserrement de la poitrine causé par les muscles expirateurs devrait presser sur cet air; celui-ci à son tour, trouvant dans la hernie pulmonaire un point soustrait à la résistance de la paroi thoracique, devrait gonfler le viscère hernié et le rendre saillant à l'extérieur.

Or l'observation des faits ne confirme pas cette donnée théorique; de plus, M. Morel a rencontré d'autres faits qui la trouvent en défaut. Certains sujets ont des collections purulentes dans les plèvres, collections qui viennent faire tumeur sous la peau ou qui communiquent avec l'extérieur par une fistule. D'après la théorie de M. Cloquet, l'effort devrait gonfler la tumeur liquide ou faire sortir par la fistule une certaine quantité de fluide épanché ; eh bien, ni l'un ni l'autre de ces phénomènes ne se présente. Si, au contraire, on fait faire au malade une expiration brusque, même légère, à l'instant la collection liquide sous-cutanée paraît s'accroître, le liquide s'élance souvent en jet par la fistule.

Voici les faits qui embarrassent M. Morel, et dont la théorie à d'autres égards si remarquable de M. Cloquet ne rend pas un compte suffisant.

M. Cloquet pense que le malade qui vient d'être présenté n'est pas convenable pour étudier l'influence des mouvements respiratoires sur la hernie pulmonaire. La portion de viscère qui forme la tumeur a sans doute contracté des adhérences avec l'ouverture de la paroi par suite de la ligature qui a été appliquée. Lorsque ces adhérences manquent, il a remarqué depuis bien longtemps que la hernie pulmonaire se rétracte dans l'inspiration et se gonfle dans l'expiration, comme dans la toux et l'effort.

Quant à sa théorie de l'effort, M. Cloquet y tient, parce qu'il la croit bonne, malgré les discussions qu'il eut autrefois à soutenir sur ce point avec un professeur de physiologie, qui ne put lui pardonner de n'être pas du même avis que lui.

Il croit aussi à l'occlusion de la glotte, indispensable pour fournir un

point d'appui à l'air renfermé dans le poumon. Or, la glotte étant fermée, la tumeur herniaire doit nécessairement se gonfler, lorsque la paroi thoracique et le diaphragme tendent à rétrécir de toutes parts la cavité pulmonaire.

M. Morel répond que dans des hernies sans adhérences et dans lesquelles le murmure respiratoire se fait très-bien entendre, il n'a jamais vu l'effort, même très-intense, gonfler la poitrine alors qu'il ne s'y joint pas une expiration brusque. Cet exemple, joint à celui des collections liquides du médiastin, prouve que dans l'effort pur l'air contenu dans le poumon n'est pas soumis à cette tension nécessaire pour gonfler la tumeur et chasser le liquide au dehors.

Quant à l'immobilité de la poitrine, ne conçoit-on pas qu'elle puisse être opérée autrement que par l'appui que le poumon distendu prêterait à ses parois? La synergie des muscles, des côtes, etc., ne suffirait-elle pas pour l'expliquer? de même que l'avant-bras, par exemple, est mis dans une situation fixe par la contraction simultanée des extenseurs et des fléchisseurs?

M. Verneuil. Je ne voudrais pas engager la Société dans une discussion purement physiologique, qui cependant pourrait seule servir de base pour élucider les dissidences élevées dans ce moment entre MM. Morel-Lavallée et Cloquet. Je me contenterai de dire que la théorie de l'effort, telle qu'elle existe aujourd'hui, n'est pas complète. Il paraît évident que dans certains cas la glotte se ferme pour emprisonner réellement l'air contenu dans l'arbre aérien, et que son occlusion lutte contre la contraction des muscles expirateurs; mais certainement il n'en est pas toujours ainsi, et dans quelques circonstances la glotte reste ouverte pour les besoins de la respiration et de la phonation, alors même que tous les muscles de la poitrine sont violemment contractés pour tenir cette cavité dilatée et immobiliser complétement les pièces osseuses qui la constituent.

Ce fait est déjà connu, et plusieurs auteurs ont reconnu que des efforts énergiques et prolongés pouvaient se continuer longtemps, malgré l'ouverture de la glotte ou l'établissement d'une voie artificielle à travers la trachée, par exemple. Des observations nouvelles que j'ai été à même de faire viennent confirmer cette opinion. J'ai suivi pendant quelque temps les luttes de plusieurs athlètes, afin de faire quelques études physiologiques. J'ai remarqué que pendant l'étreinte souvent prolongée à laquelle ils se soumettent réciproquement, la poitrine, préalablement dilatée par une forte inspiration, restait ensuite immobile et résistante. Pendant ce temps la respiration s'effectue

néanmoins, ce qui indique nécessairement la perméabilité de la glotte; mais elle s'opère uniquement à l'aide du diaphragme : le soulèvement rhythmique de la région épigastrique l'indique clairement et s'apprécie sans peine, car les lutteurs, comme on le sait, sont presque entièrement nus.

Ayant répété sur moi-même ces expériences, je me suis convaincu qu'il était possible de maintenir pendant un temps assez long la dilatation forcée du thorax et par conséquent son immobilisation, tout en continuant à respirer et même à parler ou à crier. Les côtes, de cette façon, fournissent aux muscles du tronc et des membres thoraciques le point d'appui fixe indispensable à la lutte. Je dis indispensable, car si, par fatigue ou par inadvertance, le lutteur laisse affaisser son thorax, et si, fortement comprimé par son adversaire, il ne peut pas le dilater de nouveau par une inspiration énergique, il ne tarde guère à succomber, ou du moins la lutte devient très-inégale.

Toutes ces remarques physiologiques et d'autres encore, sur lesquelles je ne puis, à mon grand regret, m'étendre davantage, m'ont engagé à admettre pour le tronc trois variétés distinctes de l'effort :

1° L'effort que j'appellerai *général* ou *thoraco-abdominal*, et dans lequel il y a contraction des quatre sphincters qui servent à l'écoulement de l'air, des matières alimentaires et fécales et de l'urine, ou autrement dit occlusion de la glotte, du cardia, de l'anus et du col de la vessie. Cet effort, qui répond bien à celui que M. Cloquet a décrit, s'opère fréquemment dans l'action de lever un fardeau, par exemple. Mais il n'est pas durable, car la respiration ne peut être longtemps suspendue. Les muscles expirateurs sont surtout ici énergiquement contractés.

2° L'effort *abdominal* ou *expulsif*, dans lequel les muscles expirateurs jouent encore le rôle le plus considérable pour rétrécir la cavité abdominale ou thoracique dans tous ses diamètres. Ici, une partie des sphincters est fermée, tandis que les autres, au contraire, s'ouvrent ou sont vaincus pour laisser passer l'air, l'urine, les matières vomies, les fèces, l'enfant pendant l'accouchement.

3° L'effort *thoracique*, dans lequel la respiration n'est pas suspendue, et qui consiste surtout non-seulement dans la contraction énergique et brusque des muscles dilatateurs externes du thorax, mais dans la continuation, dans la persistance de cette contraction, qui ne cesse que par la fatigue de ces muscles, ou parce que la dilatation forcée qu'ils amènent dans le thorax est surmontée par une pression supérieure.

La distinction que je viens d'établir est très-féconde en déductions

pathologiques; elle est de nature à montrer toute la lumière que la physiologie, même minutieuse, peut jeter sur la connaissance exacte des maladies.

M. Morel-Lavallée, sans vouloir diminuer en rien l'importance des observations de M. Verneuil, fait remarquer qu'elles n'ont pas trait à la difficulté qu'il a posée.

M. Cloquet n'ignore pas que dans certains efforts musculaires la glotte n'est pas fermée; mais c'est l'exception. Quant aux faits invoqués par M. Morel, ils sont trop complexes, renferment trop de conditions différentes pour être aisément expliqués dans cette courte discussion.

M. Cazeaux demande que cette question intéressante soit reprise prochainement, puisque l'ordre du jour ne permet pas de l'épuiser aujourd'hui.

CORRESPONDANCE.

M. le Président rappelle que le 15 mai, terme fixé pour la remise des mémoires adressés pour le concours du prix annuel de la Société, étant expiré, aucun mémoire ne pourrait plus être reçu.

La question de prix pour l'année 1856 était *Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs.*

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre un sujet qui porte plusieurs tumeurs fibro-plastiques. Déjà il a subi une amputation de la jambe pour une lésion de ce genre. Les tumeurs consécutives siégent dans le moignon, à la cuisse du côté opposé, au flanc, au bras, au grand trochanter. Déjà deux de ces tumeurs, celle du bras et celle de la région lombaire, ont été extirpées, et l'état général s'est amélioré sous l'influence de ces opérations. M. Chassaignac tentera peut-être l'ablation successive des autres manifestations de la maladie.

L'observation, au reste, sera complétement recueillie.

— M. Guersant montre un enfant de deux ans, d'une bonne constitution, qui porte à la région pubienne, et probablement dans l'épaisseur même des os, une tumeur du volume d'une pomme, et qui fait saillie à la fois dans le bassin et à l'extérieur. La miction n'est pas gênée. L'apparition de cette lésion est récente. Cependant on ne peut songer à une opération. M. Guersant croit qu'il s'agit d'un enchondrome, et, dans l'hypothèse où la cause productrice serait la syphilis ou la scrofule, il se propose d'administrer le traitement ioduré.

— M. le président annonce que MM. Houzelot et Chapel, membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATIONS.

M. Serres (d'Alais) monte à la tribune pour faire diverses communications. Il parle d'abord d'un malade atteint de mal de Pott qui avait amené la perte de la sensibilité et de la motilité dans la partie inférieure du corps. Il y avait, au niveau de la troisième vertèbre dorsale, une saillie considérable, avec inflexion telle que le corps était courbé en arc. Deux fois, à une année d'intervalle, M. Serres conseilla le décubitus ventral; mais cette attitude ne put être conservée. Il fit alors construire un appareil qui concourait au même but, et au bout de deux mois le malade put se relever et marcher.

Le même traitement, associé à l'huile de foie de morue, a réussi également dans plusieurs cas analogues.

M. Serres parle ensuite d'un jeune homme de dix-sept ans qui, depuis l'âge de trois ans, avait les deux membres inférieurs croisés en X d'une manière permanente, par suite d'une rétraction des adducteurs. La section de ces muscles fut faite par la méthode sous-cutanée près des pubis. On y joignit celle des fléchisseurs de la jambe et du tendon d'Achille. Douze à treize muscles furent coupés en une seule séance. Il n'y eut aucun accident, si l'on en excepte quelques eschares superficielles que l'appareil occasionna sur la peau du dos du pied. La guérison eut lieu, et la marche est aujourd'hui possible.

Enfin, dans une troisième communication, M. Serres aborde les questions si controversées en physiologie de la vision simple avec les deux yeux, de la perception des reliefs et de la diplopie.

Les détails de physique longs et spéciaux dans lesquels entre l'auteur échappent à une analyse sommaire.

— M. Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres, lit un mémoire *sur les amputations pratiquées avec les caustiques.*

M. Morel-Lavallée montre l'autopsie d'un phlegmon péri-utérin.

Les pièces n'étant pas complétement disséquées, M. Morel reviendra sur cette communication, au sujet de laquelle une courte discussion s'engage entre lui et M. Cazeaux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Aristide Verneuil.

Séance du 28 mai 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Salmon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Des végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse, par M. le docteur Thibierge ;

Du renversement du talon, considéré comme suite de l'amputation médio-tarsienne, par M. le docteur Laujorrois;

Quelques propositions sur les fibromes, ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire, avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs, par M. le docteur Verneuil ;

Compte rendu des travaux de la Société d'agriculture, par M. Payen.

(Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.)

— M. Larrey a reçu de M. Tassard, chirurgien militaire, une observation de plaie d'arme à feu à la région poplitée par un biscaïen, compliquée de tétanos. L'emploi du chloroforme a été sans efficacité.

Une observation à peu près semblable a déjà été renvoyée à l'examen de M. Larrey, qui se chargera d'analyser celle-ci en même temps.

— M. le président annonce que la Société ayant malheureusement perdu dans ces deux dernières années trois membres associés étrangers, le professeur Mayor (de Genève), sir G. Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'université d'Edimbourg, et Guthrie, chirurgien de l'hôpital de Westminster, il y a lieu de nommer à ces places vacantes. En conséquence, une commission composée de MM. Danyau, Giraldès, Broca, Bouvier, Larrey, est chargée de faire un rapport et de présenter une liste dressée suivant l'article 7 des statuts.

M. le président déclare ensuite qu'une place de membre titulaire est vacante.

— M. Chassaignac donne lecture de deux observations de tumeurs fibro-plastiques qu'il a recueillies. Une analyse détaillée de ces deux

faits intéressants sera publiée dans les bulletins dans un des numéros suivants.

M. Forget demande des détails sur le malade que M. Chassaignac a présenté dans la dernière séance, et qui portait plusieurs tumeurs fibro-plastiques. Il voudrait connaître l'époque précise de l'apparition de la première tumeur, puis des tumeurs successives. M. Chassaignac avait annoncé que les deux premières opérations qu'il avait pratiquées avaient amélioré beaucoup l'état général ; il a cru remarquer cependant que le malade présenté dans la dernière séance était très-faible et très-anémique ; il voudrait savoir aussi si les ganglions lymphatiques sont envahis. Quant aux observations qui viennent d'être lues, elles prouvent que la généralisation du tissu fibro-plastique se fait comme celle du cancer, et que la mort vient également terminer la maladie. Il était donc très-important que ces faits fussent connus, et M. Forget s'applaudit d'en avoir provoqué la publication.

M. Chassaignac. Tous les détails relatifs au sujet présenté dans la dernière séance se trouveront consignés dans l'observation qu'on est en train de recueillir. Il se contente d'ajouter que ce malade a ordinairement très-bonne mine, et que l'état de ses forces est satisfaisant, mais que l'émotion qu'il ressentit l'autre jour en se trouvant en présence d'une réunion nombreuse l'avait passagèrement rendu très-pâle et très-faible en apparence. M. Chassaignac lui-même en a été désappointé.

En ce qui concerne les deux autres observations, M. Chassaignac n'avait nulle intention de les taire, mais il ne croyait pas très-urgent de les publier ; car elles ne renfermaient rien de neuf. La récidive, la généralisation du tissu fibro-plastique sont aujourd'hui admises sans contestation, et la démonstration n'était plus nécessaire. L'observation de M. Larrey était complète sous ce rapport.

M. Larrey. L'envahissement des ganglions par le tissu fibro-plastique est un fait dont la possibilité est bien établie par son observation, mais qui reste très-exceptionnel. M. Lebert regardait ce fait comme portant l'atteinte la plus sérieuse aux principes généraux qu'il avait établis.

M. Morel-Lavallée rappelle que M. Robin a déjà trouvé l'engorgement fibro-plastique des ganglions au voisinage des tumeurs de même nature. Cette complication est plus commune dans le cancer, mais elle se rencontre dans les deux cas.

M. Forget rapproche des deux observations lues par M. Chassai-

gnac un fait communiqué par M. Larrey, et qui est relatif à un jeune soldat chez lequel il extirpa une tumeur fibro-plastique volumineuse occupant le creux poplité. L'opéré succomba au bout de trois mois, sans que la plaie résultat de l'opération fût cicatrisée. A l'autopsie, on trouva les ganglions inguino-cruraux envahis par le tissu fibro-plastique ; des tumeurs de même nature existaient en grand nombre dans l'épaisseur du poumon et sous la plèvre pariétale.

Sur sept cas de tumeurs fibro-plastiques communiqués à la Société depuis quelques années, c'est le troisième cas de généralisation de la maladie suivie de mort, y compris les deux de M. Chassaignac. Dans les cinq autres cas, la récidive locale a eu lieu constamment. Que sont devenus les malades qui ont offert cette récidive locale? Ils ont été perdus de vue. On ne peut savoir si ultérieurement le mal ne s'est pas aussi généralisé.

Ces faits sont loin d'être d'accord avec ce que nous avons entendu enseigner ici par M. Lebert; à savoir, que les tumeurs fibro-plastiques ne récidivaient localement que d'une façon exceptionnelle ; que la généralisation de ces tumeurs était bien plus exceptionnelle encore ; enfin, que jamais les ganglions lymphatiques ne participaient à la nature de ces tumeurs.

Les observations qui viennent d'être mentionnées démontrent que les caractères donnés comme étant distinctifs du tissu fibro-plastique et du cancer n'auraient pas toute la valeur qu'on leur a prêtée.

M. Forget ajoute que l'état de santé demeurant assez satisfaisant après chacune des opérations de récidive n'est pas non plus un caractère dont les tumeurs fibro-plastiques auraient le privilége. Il en est de même de tous les produits anormaux, l'économie s'en arrange assez bien pendant longtemps, et ils n'attentent à la santé et à la vie qu'à une époque qu'on ne peut jamais déterminer, et surtout lorsqu'un organe important à la vie en devient le siége.

La preuve de ce que j'avance ici, dit M. Forget en terminant, se trouve dans la première observation de M. Chassaignac, dont le sujet a été donné comme un exemple de guérison à la suite des deux premières opérations, et qui plus tard a succombé à la généralisation de sa maladie.

RAPPORT.

Ligature de l'artère carotide primitive. — Restauration des cicatrices vicieuses. — M. Verneuil lit la première partie d'un rapport

sur les travaux de M. Decès, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims. (Commission : MM. Denonvilliers, Richet et Verneuil, rapporteur.)

M. Verneuil. Messieurs, M. le docteur Decès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, professeur à l'école secondaire de la même ville, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, vous a adressé, pour obtenir le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, deux mémoires. Le premier a pour titre : *Observations de ligature de l'artère carotide primitive;* le deuxième, beaucoup plus important, est intitulé *De la restauration des cicatrices vicieuses.*

Par une attention bien digne d'éloges et d'imitation, M. Decès n'a pas reculé, pour rendre plus facile la tâche de la commission, devant les embarras et les sacrifices d'une impression préparatoire de ce second travail. S'il en était besoin, je pourrais tirer parti de ce fait pour démontrer que certains chirurgiens de province ambitionnent à un bien haut degré la distinction d'être comptés dans vos rangs, et qu'ils ne mesurent pas parcimonieusement la peine qu'il peut leur en coûter.

Je devais cet éloge aux efforts de notre collègue, et je vais entrer en matière.

Le premier mémoire a pour mérite de fournir à nos annales deux faits intéressants. Les observations de ligature d'artère ont été adressées au moment où la Société de chirurgie agitait incidemment la question de la ligature de l'artère carotide primitive, question pleine d'intérêt, et que nous verrons sans doute plus d'une fois encore à l'ordre du jour.

Voici les deux observations (1).

Obs. I. — **Chute sur la tête. — Tumeur pulsative de la région temporale. — Altération, puis abolition consécutive de la vue. — Ligature de la carotide primitive droite. — Amélioration.**

Laurien (Honorine), manouvrière, âgée de quarante-quatre ans, domiciliée à Vassagne (Aisne), entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, salle Sainte-Catherine, n° 4, pour une tumeur de la région temporale, le 17 février 1839. Son mari, qui l'accompagne, nous apprend que sa femme glissa sur la glace et tomba sur la tête il y a un an; que la tempe

(1) **La Société a décidé, sur la proposition du rapporteur, que ces deux observations seraient publiées en entier dans les *Bulletins.* La seconde partie du rapport sera lue dans une des séances suivantes.**

droite reçut une violente contusion qui, sans lui faire perdre connaissance, produisit cependant de vives douleurs, de l'étourdissement et des vertiges, et qu'à partir de ce moment elle n'a cessé de souffrir ; que six semaines après on pouvait déjà remarquer sur la tempe une petite tumeur pulsative ; que vers la neuvième semaine l'œil droit devint saillant, et qu'elle annonçait que les objets qu'elle examinait étaient bossus et courbés en différents sens ; que peu après, elle se plaignit que sa vue s'affaiblissait du côté gauche lui-même, bien qu'elle ne ressentit aucune douleur dans l'œil de ce côté ; et qu'enfin, vers le neuvième mois, la cécité était devenue complète.

En examinant cette femme, qui est grande, maigre et pâle, parce que sa maladie l'a fort vieillie, dit son mari, je constate la présence d'une tumeur, de la forme et du volume d'un œuf de poule, dans la région temporale droite. Cette tumeur est circonscrite, en bas, par l'arcade zygomatique ; en avant, par le bord orbitaire ; en haut et en arrière, par la grande ligne courbe du temporal. Elle s'élève notablement au-dessus du niveau des téguments voisins et se termine brusquement par une sorte de bourrelet. La peau qui la couvre paraît saine. Elle est souple, molle, dépressible, irréductible et sans dureté appréciable. Fort sensible au toucher, la pression du doigt y détermine des douleurs très-vives, et elle paraît agitée par un double mouvement d'expansion et de retrait ; la main y sent en outre des battements isochrones à ceux du pouls, et l'oreille un léger bruit de souffle. La toux, les cris et les efforts l'accroissent manifestement, même jusqu'au point de doubler son volume ; tandis que le calme et une pression modérée la font diminuer sensiblement. Son expansion produit des douleurs lancinantes très-fortes qui arrachent parfois des cris aigus à la malade.

L'œil et l'orbite voisins ont subi eux-mêmes plusieurs changements remarquables qui paraissent dus à sa présence. Ainsi, l'œil droit est un peu plus saillant que le gauche, et, de plus, il est dévié en haut et en dedans ; l'iris est immobile et contracté ; la pupille noire ; les paupières un peu écartées par la conjonctive, soulevée elle-même par un épanchement sous-muqueux très prononcé près de l'angle externe. L'œil gauche conserve sa direction et ses mouvements, mais sa pupille est un peu resserrée et ne varie pas sous l'action de la lumière la plus vive. La vue est complétement abolie. Son regard est indécis, strabique et hébété ; ses traits affaissés, sa physionomie sans expression ; ses sensations paraissent obtuses et son intelligence fort affaiblie ; sa parole est lente, ses réponses tardives, souvent même inexactes et

incohérentes; sa démarche chancelante et mal assurée; elle ne peut faire un pas sans que ses mains se portent en avant, comme pour toucher tout ce qui l'entoure ou s'en garer. Cependant, selon le dire de son mari, elle était, avant sa chute, fort agile, très-intelligente et même douée de beaucoup de perspicacité.

Malgré son peu d'intelligence, cette femme insiste cependant pour être délivrée de sa maladie. On lui a dit qu'une opération pouvait seule la soulager, et elle la réclame instamment. Malgré mes doutes et mon incertitude sur son résultat, j'arrive toutefois à considérer ce parti comme le seul utile pour enrayer le développement si rapide de cette tumeur. Non que j'aie songé à l'enlever elle-même, son siége, son étendue et ses rapports profonds me paraissaient en exclure la possibilité; mais en observant que la compression de la carotide suspendait ses battements et diminuait son volume, je ne pus me défendre d'espérer qu'en liant le vaisseau qui l'alimente elle pourrait diminuer et peut-être s'atrophier. C'est cet espoir qui m'engage à recourir à la ligature de ce vaisseau.

Tout étant prêt, je me décide donc le 25 février 1839, et cède aux sollicitations du mari lui-même, qui me presse d'accéder à la demande de la malade, et je pratique la ligature de la carotide primitive au-dessus du muscle omoplat-hyoïdien. Cette opération, simple et facile, n'a offert d'ailleurs que peu de particularités qui méritent d'être signalées. Je noterai seulement la présence d'un filet nerveux qui rampait sur l'artère à laquelle il était immédiatement accolé, et qu'il me fallut isoler et écarter avant de la lier; et, contrairement à l'observation ordinaire, un affaissement remarquable de la jugulaire interne pendant les cris de la malade, bien que cette veine fût découverte et nullement comprimée. Dès que l'opération est achevée, je rapproche les lèvres de la plaie et les maintiens en contact par des bandelettes de diachylon, et termine en appliquant un bandage qui immobilise la tête dans la flexion du même côté.

La ligature fut à peine serrée que les battements cessèrent dans la tumeur, mais son volume diminua peu. Dès l'après-midi, douleurs dans le pharynx, la tumeur, l'œil et la tête; dysphagie, air inquiet, pouls fréquent et élevé.

La première nuit se passe sans sommeil et est agitée par une toux sèche et fréquente. Cependant le matin, bien que la fièvre soit toujours intense, les douleurs de la tête, de la tumeur, de l'œil et de la gorge ont cessé. Délire pendant la seconde nuit; la malade se lève pour fuir des fantômes qu'elle croit apercevoir. Le lendemain matin, rémission

notable; le pouls est plus calme et la journée meilleure. La nuit qui succède est passable; un peu de sommeil. Le troisième jour, la toux diminue et le pouls se ralentit L'appétit commence à s'éveiller; quelques bouillons sont donnés et passent avec facilité.

Le 1er mars, l'œil est moins saillant; la vue semble revenir. La malade dit avoir aperçu la lumière d'une chandelle pendant la nuit. En tout cas, elle signale assez exactement, de la main, la présence de quelques élèves placés près d'elle au moment de la visite du matin.

Le 2, la tumeur de la tempe paraît un peu augmentée depuis la veille, comme cela avait lieu d'ailleurs de temps en temps avant l'opération. La malade voit plus distinctement; elle signale la main d'un élève qui l'a placée devant elle sans qu'elle s'en doute. La toux a cessé, et l'apyrexie est presque complète.

Le 8, quelques battements reparaissent dans la tumeur, qui cependant reste indolente. L'œil est moins saillant; la physionomie s'anime et reprend quelque expression. La plaie est en partie réunie.

Le 9, contraction évidente de la pupille gauche sous l'action de la lumière.

Le 15, chute de la ligature, qui entraîne avec elle un petit segment du tube artériel.

La malade veut absolument sortir le 23. A cette époque, la plaie est cicatrisée, sauf en un petit point qu'a occupé la ligature. La tumeur a diminué d'un quart, mais quelques légers battements s'y font encore sentir. Les douleurs ont disparu. L'œil droit est à peine plus saillant que l'autre, et la vue a gagné au point de lui permettre de se conduire seule. Son teint est bon, ses traits plus naturels et sa santé de beaucoup meilleure.

Etat ultérieur. — Huit mois après sa sortie de l'hôpital, j'apprends par M. Flamand, alors étudiant en médecine, et qui l'a examinée avec beaucoup d'attention, que l'amélioration obtenue a continué, que les violentes douleurs n'ont pas reparu depuis l'opération, que la tumeur se soutient, mais sans accroissement appréciable; que la vue n'a pas gagné, mais qu'elle lui suffit le plus souvent pour se diriger seule. Sa santé s'est conservée et paraît satisfaisante.

En résumé, la ligature de la carotide primitive paraît donc avoir eu pour conséquence ici d'enrayer la marche de cette tumeur, de diminuer les accidents qu'elle occasionnait et d'améliorer sensiblement la santé générale, sérieusement compromise au moment où elle a été pratiquée.

Remarques du rapporteur.

Il est bien fâcheux que l'observation s'arrête là, et que l'issue ultérieure de ce cas remarquable soit ignorée. C'est beaucoup toutefois que d'avoir eu des renseignements huit mois après la ligature, et de savoir que la maladie n'a été que palliée. Les suites immédiates avaient été assez favorables pour qu'une guérison plus complète ait pu être espérée.

Dans les statistiques établies sur les ligatures d'artères et sur leurs résultats, on voit noter surtout, comme le remarque judicieusement notre confrère dans des considérations préliminaires, des morts ou des succès; on ne fait pas la part assez large aux cas de récidives de l'anévrisme ou de la lésion qui a nécessité l'interruption du cours du sang. Alors même qu'elle n'est pas mortelle par elle-même, la ligature est loin d'être aussi efficace qu'on le suppose, et je suis porté à croire que le chiffre des guérisons serait amoindri si les malades étaient tenus en observation pendant un temps plus long.

Pour les lésions vasculaires, comme pour bien d'autres maladies, les chiffres que nous possédons ne traduisent pas fidèlement les résultats définitifs, et ce point de la science lui-même est passible de révision. Mais je dois, avant de passer à l'autre observation, exprimer un regret relativement au diagnostic. L'auteur, qui bien mieux que le lecteur pouvait trancher la difficulté, s'est contenté d'un exposé symptomatologique, et d'admettre une tumeur douée de pulsations, de souffle et d'expansion, mais il ne nous dit point s'il s'agissait d'une tumeur érectile, d'un sac anévrismal, d'un anévrisme variqueux ou cirsoïde. L'hypothèse d'une production maligne très-vasculaire pourrait même à la rigueur être mise en ligne. Nous ignorons si la tumeur portait sur la temporale superficielle, si elle était immédiatement sous-cutanée, ou bien si, comme quelques détails concis le feraient supposer, elle avait envahi la totalité de la fosse temporale. Même omission sur l'état des artères et des veines ambiantes. L'exophthalmie est à son tour d'une explication embarrassante. Était-elle due à une dilatation consécutive des vaisseaux intra-orbitaires, à un épanchement sanguin, à un œdème dû à la gêne de la circulation dans la veine ophthalmique? la tumeur orbitaire était elle pulsative? Voici autant de questions importantes sans solution.

Les troubles cérébraux, vertiges, amaurose double, affaiblissement des membres, anéantissement marqué des fonctions intellectuelles et

sensorielles, sont, avec la tumeur orbitaire, autant de particularités qui ne s'expliquent point par la seule présence d'une tumour vasculaire qui serait restée confinée en dehors de la boîte crânienne. Une fracture de la base du crâne, une perforation de la fosse temporale, une tumeur vasculaire à prolongements multiples rendraient mieux compte peut-être de ce cortége de physiologie pathologique si compliqué.

Si notre confrère n'a pas été plus explicite, c'est que sans doute les difficultés étaient grandes; mais c'est précisément ce qu'il eût été bon de dire. L'insuccès, ou, pour mieux dire, le résultat incomplet de la ligature s'accorde mal avec l'hypothèse d'un anévrisme simple de la temporale, et s'expliquerait mieux par l'existence soit d'une tumeur érectile, soit d'un anévrisme variqueux, etc., etc.

Le léger reproche que j'adresse à M. Decès est au reste singulièrement atténué par la date à laquelle l'observation a été prise. Riche de matériaux nouveaux, la chirurgie actuelle est exigeante pour le diagnostic. Mais en 1839 il existait bien des lacunes dans l'histoire des tumeurs pulsatives de la région crânienne; nous n'avions à cette époque ni la thèse de M. Chassaignac, ni l'intéressant travail de M. Robert; l'anévrisme variqueux de cette région n'était pas connu; bien des tumeurs malignes et vasculaires passaient pour des productions érectiles; et ce qui prouve que le champ n'est pas clos, c'est cette observation si remarquable d'anévrisme variqueux de l'artère carotide interne qui a été analysée et décrite avec tant de soin par M. Nélaton et ses élèves. Qui pourrait contester, en dernier lieu, que depuis dix années à peine le diagnostic des tumeurs a acquis un degré de précision inconnu auparavant?

Il s'agit, dans la seconde observation, d'un fait beaucoup plus clair, plus classique, si je puis ainsi dire, d'un *anévrisme simple de l'artère carotide primitive droite.*

Obs. II. — **Anévrisme de la carotide primitive droite. — Ligature. Guérison dix-neuf mois après.**

Louise Dumont, femme Labruyère, bobineuse, âgée de cinquante-quatre ans, domiciliée à Reims, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 août 1850 pour une tumeur rouge et douloureuse du côté droit du cou, qu'au premier abord je prends pour un énorme phlegmon. Heureusement cette méprise est de courte durée, car j'apprends bientôt qu'elle date de plus de dix ans et demi. La malade en attribue l'origine à une vio-

lente pression exercée par son mari sur le point qu'elle occupe. Emporté un jour par la colère, celui-ci l'aurait saisie à la gorge comme pour l'étrangler, et lui aurait enfoncé profondément les doigts au niveau du larynx, où elle sentit presque aussitôt un petit *durillon*, qui, en se développant peu à peu, finit par former la tumeur qu'on voit aujourd'hui. Ses règles cessèrent peu après cet acte de violence, et le sang s'y porta, dit-elle, en y produisant un *bruit de fontaine* qui était accompagné de battements assez forts pour soulever ses doigts quand elle les appliquait dessus. Depuis ce temps, cette tumeur n'a jamais cessé de s'accroître. Cependant, ajoute-t-elle, son volume a sensiblement varié : il atteint souvent le volume d'une forte noix, parfois même celui d'un petit œuf de poule; mais habituellement il ne dépasse pas celui d'une noix ordinaire.

Depuis cinq semaines, toutefois, cette tumeur s'est accrue dans des proportions beaucoup plus considérables, et voici, d'après la malade, à quelle occasion :

Une douleur des plus violentes qui s'était fait sentir dans la jambe gauche disparut un jour tout à coup, et fut remplacée au même instant par des souffrances non moins aiguës dans sa tumeur du cou. Bientôt celles-ci envahirent tout le côté droit de la tête, et cette tumeur s'accrut rapidement et arriva en peu de jours à acquérir le volume qu'elle a aujourd'hui. Pendant ce temps, la fièvre s'alluma, le sommeil et l'appétit cessèrent, et cet état devint si pénible que la malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu pour y trouver quelque soulagement.

Voici l'état dans lequel je la trouve le 22 au matin :

Tumeur occupant tout le côté droit du cou, où elle forme une saillie assez considérable pour renverser la tête du côté opposé. Son diamètre longitudinal s'étend de la mâchoire inférieure, qu'elle soulève, déborde et surmonte en partie, jusqu'à un travers de doigt de l'articulation sterno-claviculaire; le transversal va de la partie moyenne du cou au delà du bord postérieur du sterno-mastoïdien, qui, soulevé et tendu sur elle, semble le partager en deux portions inégales. De ces deux portions, l'antérieure, plus considérable, comprime le larynx et la trachée et les déjette de plus de 15 millimètres à gauche de la ligne médiane. Sa forme, considérée en masse, est à peu près celle d'une pyramide tronquée dont le sommet serait dirigé en bas. La peau qui la couvre est rouge, chaude, douloureuse et tendue; le tissu cellulaire sous-jacent paraît dur et adhérent. Cette tumeur est manifestement le siége d'un double mouvement d'expansion et de retrait. La main y sent

un choc impulsif très-prononcé, des battements isochrones à ceux du pouls et un frémissement fortement accusé; l'oreille nue ou armée du stéthoscope entend un bruit de souffle voisin de celui de râpe, sibilant même à son point culminant, situé à 3 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Les battements des artères qui naissent de la carotide et que le toucher peut atteindre, notamment de l'occipitale, de l'auriculaire, de la temporale et de la faciale, sont manifestement plus faibles que ceux du côté sain. L'audition est moins nette à droite et la vision à gauche. Gêne et difficulté des mouvements de la tête, du cou, du pharynx et du larynx; toux sèche et fréquente, voix rauque et faible, langue blanche; inappétence, dysphagie, digestions pénibles, constipation, insomnie fatigante. Douleurs déchirantes de tout le côté droit du crâne, étourdissements, vertiges, et même évanouissements, selon le dire de la malade, dès qu'elle incline la tête du côté droit. Cependant teint frais et coloré, embonpoint passable, résignation à supporter tout ce qu'on croira utile pour modérer les douleurs atroces qu'elle endure.

En présence des accidents inflammatoires qui compliquent cette tumeur, mon premier soin devait être et fut en effet de les combattre par un traitement antiphlogistique actif; mais dès qu'ils furent tombés, je me décidai à lui proposer la ligature du vaisseau pour remédier d'une manière plus efficace au danger qui la menaçait. Cette malade l'accepta avec confiance, et je la pratiquai dès le 2 septembre suivant en présence et avec l'assistance de mes collègues et confrères Blanchard, Bouchard, Du Val, Desprez, Henrot fils, Landouzy, Panis, Philippe, etc., en découvrant la carotide primitive par une incision faite en avant de l'insertion inférieure du muscle sterno-mastoïdien, et en l'entourant d'un fil à deux travers de doigt seulement au-dessus de la clavicule, point le plus élevé que je pus lier.

Le volume considérable de cet anévrisme et surtout son prolongement inférieur si voisin de la clavicule ont occasionné quelques difficultés qu'il est facile de deviner. Ainsi la saillie qu'elle formait en dehors m'a obligé pour l'atteindre de découvrir un point situé relativement beaucoup plus profondément qu'à l'ordinaire; la déviation en arrière du vaisseau par suite de son refoulement opéré en ce sens par la résistance que lui ont opposée l'os hyoïde, le larynx et la trachée ne m'a permis de la rencontrer qu'à plus de 15 millimètres en dehors du bord interne du sterno-mastoïdien et de la jugulaire interne demeurée en place; enfin, son prolongement en bas ne m'a permis de la lier que sur un point fort inférieur. Malgré ces circonstances, je pus cependant

achever l'opération sans trop de difficultés, et elle ne fut pas plutôt terminée que les battements cessèrent de se faire sentir dans la tumeur, que le volume de celle-ci se réduisit ; la céphalalgie diminua et la malade se trouva sensiblement soulagée.

Cependant deux saignées furent promptement pratiquées pour combattre une congestion cérébrale active qui lui succède. Mais ces accidents sont de courte durée, et bientôt l'amélioration se prononce franchement.

Dès le 5, le volume du sac a diminué de plus d'un tiers, et la peau qui le couvre est toute ridée. Toutefois, une stomatite aiguë s'annonce le 8 ; deux vomissements bilieux ont lieu le même jour, et la malade, fort satisfaite jusque-là, s'en préoccupe vivement. Heureusement ces accidents ont peu de durée, le sommeil revient et la voix reprend de la clarté.

La ligature tombe le dix-huitième jour en entraînant un petit segment de l'artère, et le vingt-cinquième la plaie est presque entièrement cicatrisée.

Le 30 septembre, par conséquent vingt-huit jours après l'opération, le sac anévrismal a perdu les deux tiers de son volume, mais je constate que quelques légers battements y ont reparu.

Le 2 octobre suivant, la malade, ne ressentant plus de toux, de dysphagie ni de dyspnée, ayant recouvré de l'appétit, du sommeil et se trouvant bien, demande sa sortie.

Etat ultérieur. — J'ai revu cette malade à diverses reprises depuis sa sortie, et voici les changements que j'ai notés dans sa position :

Le 20 octobre 1850 (trois semaines après), le sac a le volume d'une noix de moyenne grosseur ; il est encore le siége de battements distincts, mais aucun bruit de souffle ne s'y fait entendre. Les ramifications artérielles qui partent de la carotide n'offrent aucune pulsation sensible. La malade se trouve bien et a repris ses travaux habituels.

Le 29 mars 1851 (sept mois après), elle vient me trouver à l'Hôtel-Dieu, où je l'examine en présence des élèves qui ont assisté à l'opération. Le sac n'a pas diminué depuis sa sortie ; il continue d'offrir des battements isochrones à ceux du pouls et est même le siége d'un léger mouvement d'expansion. Nul battement n'est senti au-dessous du sac, sur le trajet de la carotide ni sur les artères occipitale, auriculaire, temporale et faciale du même côté. Sa santé est excellente, ses forces se sont accrues, et elle travaille avec plaisir et liberté.

Le 26 mars 1852 (dix-neuf mois après), je l'examine de nouveau en présence des élèves à l'Hôtel-Dieu, et je constate :

1° Que le volume du sac est réduit à la grosseur d'un œuf de pigeon, et qu'il est à peine visible ;

2° Qu'aucun battement ne s'y fait sentir ;

3° Que la santé est excellente et l'état général des plus satisfaisants.

En résumé, la ligature de la carotide primitive a diminué immédiatement les accidents locaux qui semblaient dans la dépendance de la pression du sac anévrismal ; elle a amélioré assez rapidement la santé générale, mais il a fallu près de dix-neuf mois pour que l'anévrisme lui-même arrivât à un état qu'on peut considérer comme une véritable guérison.

Remarques du rapporteur.

Tels sont les deux faits qui nous ont été communiqués par M. Decès ; ils nous sont fournis sans commentaires par l'auteur, et je devrais peut-être les enregistrer simplement sans y ajouter mes propres réflexions. Permettez-moi cependant d'y annexer quelques remarques. Je ne veux point, à propos du dernier, qui d'ailleurs n'offre rien d'insolite, revenir sur la question générale des anévrismes ; un de nos collègues, mon savant ami le docteur Broca, nous présentera bientôt une histoire des dilatations artérielles, dans laquelle tous les rapprochements que je pourrais faire seront exposés d'une manière plus complète et plus autorisée. Je veux pourtant faire ressortir ce qui est particulier à la lésion et à la ligature de la carotide primitive, objet spécial du travail que j'examine.

Une des données les plus utiles pour apprécier la valeur des méthodes opératoires réside dans la connaissance exacte des variétés pathologiques auxquelles ces méthodes sont appliquées. On devine que je veux revenir sur le diagnostic. L'anévrisme en question était il spontané, faux primitif ou faux consécutif ? A quoi rapporter son état stationnaire si prolongé, son accroissement si tardif et ensuite si rapide ? On est frappé, en lisant l'observation, de la marche singulière de la tumeur. Une pression énergique est exercée sur une artère très-probablement saine ; une petite tumeur apparaît presque aussitôt avec les caractères pathognomoniques de l'anévrisme ; elle progresse, mais lentement, et met plus de dix ans à acquérir le volume d'une grosse noix ; un accroissement si lent ne développe point d'accidents. L'apparition brusque exclut l'idée d'un anévrisme spontané par dilatation progressive des trois tuniques, et aussi celle d'un anévrisme faux con-

sécutif. Le petit volume, le développement lent re poussent à leur tour l'hypothèse d'un anévrisme faux primitif, c'est-à-dire d'une rupture complète des tuniques, si limitée qu'on la suppose. J'admets donc volontiers que la violence a rompu sur un point circonscrit les tuniques friables, en respectant la tunique externe, qui a été immédiatement soulevée, distendue par un petit caillot : d'où le *petit durillon* accusé par la malade.

Compté de tout temps parmi les causes de l'anévrisme mixte externe, le traumatisme passait autrefois pour affaiblir les parois artérielles. Ce prétendu affaiblissement, qu'on retrouve noté dans l'étiologie des tumeurs érectiles accidentelles, de l'anévrisme cirsoïde, des varices, agit pour l'anévrisme ordinaire au moins en altérant mécaniquement les parois artérielles, comme le démontre un bon nombre d'observations. Dans une discussion qui a eu lieu à la fin de l'an dernier à la Société pathologique de Londres, plusieurs faits de ce genre furent cités, dans lesquels on avait constaté que des pressions, des contusions plus ou moins violentes avaient rompu les tuniques internes des vaisseaux comprimés.

Pour en revenir à notre observation, tout porte à croire que le sac non-seulement s'était peu dilaté, mais qu'il était resté rempli de sang assez liquide, et non de stratifications fibrineuses résistantes. Tantôt, en effet, il avait le volume d'un œuf de poule, tantôt celui d'une petite noix. Un jour, en même temps que des douleurs très-vives s'y furent montrées brusquement, il s'accrut avec une telle rapidité qu'en quelques jours ses dimensions furent décuplées. Cela n'indique-t-il pas une rupture de la tunique externe, que les couches fibrineuses ne protégeaient pas contre cet accident, et par conséquent l'apparition d'un anévrisme faux enté sur un anévrisme mixte externe? Cet épiphénomène, cette évolution n'est pas très-rare dans les anévrismes, et je crois en voir ici un exemple assez net.

La gravité du mal, l'imminence de la rupture augmentent rapidement en pareil cas; les accidents deviennent pressants et la temporisation imprudente. Heureusement que le succès de la ligature n'en est pas notablement compromis quand l'inflammation intense du sac, la gangrène de la peau, etc., etc., ne viennent pas ajouter leur part funeste dans la marche de la maladie.

On a vu que sous le rapport des symptômes le cas qui nous occupe était au grand complet; je ne veux revenir que sur le *frémissement très-marqué* que percevait la main appliquée sur la tumeur. On sait que ce signe a passé pour caractéristique de l'anévrisme variqueux : il

n'en est rien. Il est plus rare dans les anévrismes ordinaires, à la vérité, mais cependant il peut exister, et j'ai souvenir, pour ma part, de l'avoir bien nettement constaté sur un sac anévrismal de la cuisse.

L'amplitude extrême de la tumeur força M. Decès à gagner la partie inférieure de la carotide primitive ; il y arriva en incisant sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, près du sternum ; l'artère était de plus déviée en dehors et rendue plus profonde, car le développement de l'anévrisme avait changé ses rapports normaux. Ne serait-il pas préférable, en pareil cas, d'employer le procédé conseillé pour atteindre le point le plus déclive du tronc carotidien, c'est-à-dire de pénétrer entre les deux chefs du sterno-mastoïdien? Vous savez tous, qu'à l'amphithéâtre au moins, ce procédé paraît extrêmement avantageux.

Puisque nous sommes sur le terrain du manuel opératoire, je regrette que M. Decès ne nous ait pas dit explicitement quel procédé de ligature il mettait en usage. On sait que la prééminence des ligatures fines sur celles qui sont plus volumineuses est encore en discussion ; il en est de même de l'interposition entre l'agent constricteur et le vaisseau d'un petit corps étranger, pratique à laquelle tenait encore Roux, notre vénéré maître. M. Decès emploierait-il le procédé de Scarpa ? On pourrait le croire ; car dans ses deux observations il est dit que la ligature tomba au dix-huitième et au vingtième jour, *en entraînant un petit segment du tube artériel*. Le vaisseau n'avait donc pas été coupé par le fil, comme cela arrive dans la méthode ordinaire.

Je ne veux pas quitter ce sujet plein d'intérêt sans parler des suites des opérations de ligature de la carotide primitive ; qu'on me pardonne la prédilection avec laquelle je reviens sur ces questions. Rompus à la pratique par des faits innombrables et par la vaste expérience qui en est le fruit, les grands maîtres, dans les écrits desquels nous puisons des enseignements, laissent trop souvent dans l'ombre des particularités qui sont pour les néophytes la source de plus d'une inquiétude et de plus d'un embarras ; peut-être oublie-t-on quelquefois qu'il faut écrire au moins autant pour ceux qui ignorent que pour ceux qui savent : c'est ce qui fait qu'au début de la carrière chirurgicale, lorsqu'on a pratiqué quelque opération un peu importante et qu'un accident survient, on est rempli d'incertitude et d'anxiété sur la conduite à suivre, sur le pronostic de la complication. On recourt à ses livres, et bien souvent ils sont muets ; c'est alors que, pour ma part, j'ai toujours trouvé trop courts des chapitres de médecine opératoire qui me paraissaient trop prolixes quand je les avais lus pour la préparation d'un concours ou d'un examen. Je ne connais pas de meilleure con-

damnation des manuels et des abrégés qui nous assaillent que le dépit que nous inspire leur concision dans ces moments difficiles.

Lors de la discussion élevée dans le sein de la Société de chirurgie il y a quelques mois, plusieurs accidents de la ligature de la carotide primitive ont été examinés, et l'on a pu se convaincre qu'ils n'étaient pas encore bien connus, au moins dans leurs causes. Dans les deux observations de M. Decès, nous avons sous ce rapport quelques phénomènes à noter. Dans la première, nous trouvons d'abord une particularité physiologique. On pense que, dans les expirations forcées, la veine jugulaire interne est toujours turgescente et gonflée; il n'en était rien; pendant les cris de la malade, ce vaisseau était affaissé en l'absence de toute compression. L'interprétation me paraissant très-incertaine, je passe outre.

La constriction du fil n'amena rien d'immédiat; mais quelques heures après, des douleurs très-vives apparaissent non-seulement dans la tumeur, mais aussi dans l'œil, dans toute la tête et dans le pharynx, où elles s'accompagnent de dysphagie; puis ces douleurs cessent spontanément au bout de vingt-quatre heures. Nous trouvons conjointement une toux sèche et fréquente qui dure environ quarante-huit heures, et qui se dissipe également d'elle-même. Pendant la seconde nuit c'est un délire intense, mais passager, qui survient pendant ces trois jours. La fièvre a été assez vive, l'appétit nul.

L'inflammation ne paraît jouer aucun rôle dans tous ces troubles. On ne saurait rapporter davantage la toux sèche et fréquente, qui a été déjà observée tant de fois en pareil cas, à la constriction d'un filet nerveux, car M. Decès a pris toutes les précautions nécessaires pour ne saisir que l'artère, qui d'ailleurs était facilement isolable. Ne peut-on pas rapporter tous ces phénomènes de nature névralgique soit à l'effort du sang dilatant de vive force les collatérales et les capillaires, soit, comme cela a été déjà supputé dans notre discussion, à l'irritation de voisinage que la plaie et le corps étranger engendrent dans le pneumo-gastrique, le grand sympathique et ses filets cardiaques, alors même que ces nerfs ne sont nullement compris dans l'anse de fil?

Les anatomistes d'ailleurs, et Dieu merci nous le sommes tous ici à divers degrés, n'ignorent pas que les artères, et celles du cou en particulier, sont toujours accompagnées par des filets nerveux presque imperceptibles à la dissection et par conséquent à l'opérateur. Toujours est-il que dans ces cas la peur est plus grande que le mal, et qu'un cortége de symptômes alarmants peut très-bien s'évanouir de lui-même. Si toutefois les troubles s'aggravaient et si la congestion

encéphalique se dessinait mieux, il faudrait intervenir : c'est ce que notre confrère a fait dans le second cas. Ici la constriction du fil n'amena au premier moment aucune particularité; mais bientôt deux saignées devinrent nécessaires et dissipèrent rapidement une *congestion cérébrale active.*

Au troisième jour survint une stomatite aiguë, accident qui ne me paraît pas avoir encore été noté, ou qui, dans tous les cas, est rare. Puis au huitième jour, deux vomissements bilieux, chose assez remarquable, parce que d'ordinaire les vomissements déjà notés plusieurs fois sont beaucoup plus précoces.

Chez cette malade, on n'observa aucun trouble du côté du larynx, du pharynx, de l'œsophage ; tout au contraire, la diminution notable que la ligature amena dans le volume du sac amenda promptement la toux sèche, la raucité de la voix, la dysphagie, etc., etc., entretenues par la déviation et la compression de la trachée, du larynx, etc., etc.

Au reste, la cause de l'extrême variation des accidents consécutifs à la ligature de la carotide est et sera probablement encore pendant longtemps assez obscure.

Le secrétaire de la Société, A. VERNEUIL.

Séance du 4 juin 1856.

Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Amputation de Chopart chez un jeune enfant. — M. MARJOLIN. L'attention que la Société de chirurgie a apportée depuis quelque temps à constater les résultats des diverses amputations des extrémités inférieures m'a engagé à lui présenter ce jeune enfant, qui a dû subir l'amputation de Chopart pour une carie des os du métatarse et du tarse. La cicatrisation a été assez longue ; elle a été entravée par l'apparition sur les bords du lambeau de la pourriture d'hôpital, combattue avec succès par l'emploi de l'appareil de M. J. Guyot. Malgré cette complication, vous pouvez remarquer que le lambeau plantaire est bien nourri ; il est épais, et il faut espérer qu'il n'y aura pas entraînement du talon en arrière. L'enfant est muni d'un brodequin avec un plan incliné. J'aurai soin de suivre ce petit malade, et de tenir la Société au courant de ce qui adviendra.

M. Lenoir conseille, pour corriger le renversement du talon, de faire porter à l'enfant un soulier dont l'intérieur présente un plan oblique destiné à relever la partie antérieure du calcanéum.

M. Larrey craint que la déviation ne soit incurable; il proposerait, dans ce cas, la section du tendon d'Achille.

M. Michon croit que la difformité, au lieu de s'amender, ne fera que s'accroître, en raison de l'âge de l'opéré; en effet, l'atrophie des muscles de la jambe est constante soit à la suite des amputations du pied, soit à la suite des amputations sus-malléolaires. Chez les jeunes enfants l'atrophie, que plusieurs fois déjà il a eu l'occasion d'observer dans des circonstances pareilles, tient à deux cas:

1° A l'absence d'usage de ces muscles;

2° A leur développement rudimentaire, qui ne suit pas celui des autres muscles.

Les amputations dans le jeune âge sont donc, sous ce rapport, plus défavorables que chez l'adulte.

M. Verneuil ne croit pas que la section du tendon d'Achille soit indiquée; ce tendon, en effet, loin d'être rétracté, est dans le relâchement, comme l'atteste la concavité postérieure très-prononcée qu'il présente. Cette rétraction existe sans doute quelquefois, mais M. Verneuil ne l'a jamais vue, et dans tous les cas de ce genre qu'il a examinés le tendon était toujours dans le relâchement.

Il y a encore une remarque importante à faire relativement à l'étiologie de la déviation du talon. La plaie qui a succédé à l'amputation a été atteinte d'accidents graves, de pourriture d'hôpital; la cicatrisation en a été longue et pénible. Or, quand pareilles complications surviennent, l'ascension du talon est la règle, et peut en quelque sorte être prévue d'avance. Dans les quelques observations d'amputation de Chopart qui ont fourni un résultat ultérieur satisfaisant, on peut constater que les suites ont été fort bénignes, que la réunion s'est faite rapidement, sans accidents inflammatoires violents ni prolongés. Lorsque l'opération est faite, il faut donc mettre tous ses soins à prévenir et à écarter les complications.

M. Chassaignac pense également que la section du tendon d'Achille n'est pas nécessaire, actuellement du moins. La rétraction de ce tendon ne constitue pas un fait général, elle manque ici; il faut attendre qu'elle se manifeste pour faire la ténotomie.

— M. Larrey, la question des tumeurs fibro-plastiques ayant été remise à l'ordre du jour, croit opportun de représenter l'ancien gendarme qui a été montré déjà à la Société vers la fin de 1852, et qui

avait été opéré déjà trois fois pour une tumeur fibro-plastique de la hanche, causée probablement par le frottement du ceinturon. Après avoir récidivé deux fois sur place après la première opération, la maladie paraît avoir cédé ; on voit aujourd'hui une cicatrice tout à fait saine. Ce cas justifie pleinement les assertions de M. Lebert. Au reste, M. Larrey ayant remarqué que le mal non-seulement avait pris naissance par une cause externe, mais encore que chaque récidive paraissait due à de nouvelles pressions, à des chocs, à des frottements, s'est attaché soigneusement à protéger la cicatrice à l'aide d'une plaque qui la soustrait aux contacts irritants ; c'est à cette précaution qu'il attribue la persistance de la guérison.

L'opéré a quitté le service, mais néanmoins il continue des fonctions très-actives ; sa place de garde champêtre l'oblige à faire des courses très-étendues. L'état général est aussi satisfaisant que possible.

— M. Denonvilliers représente une dernière fois la jeune fille atteinte d'ectropion double dont il a entrepris et mené à bien la cure difficile. Il rappelle brièvement l'histoire de cette opérée, qui du reste est consignée déjà dans les *Bulletins*. Lors de la dernière présentation, les deux paupières restaurées par l'autoplastie étaient encore réunies, il y a de cela quatre mois ; M. Denonvilliers désirait attendre encore le même laps de temps avant de détruire l'occlusion artificielle, pour que le tissu cicatriciel ambiant et les lambeaux eussent terminé leur travail de rétraction.

Cependant, cédant enfin aux instances réitérées de la jeune fille, il a encore pratiqué deux opérations complémentaires, savoir, la désunion des paupières et la restauration du petit angle de l'œil. Il vient montrer aujourd'hui le résultat définitif.

Dans les premiers moments qui ont suivi la séparation des paupières, ces deux plans membraneux étaient peu mobiles ; ils restaient presque en contact, et recouvraient presque complétement le globe oculaire ; mais au bout de huit jours ils se sont écartés, et l'entropion léger qui existait s'est transformé en un petit ectropion externe, double, par suite du chémosis de la conjonctive et de la rétraction du tissu cicatriciel. De plus, l'angle externe était difforme, parce que les deux paupières, ne se rencontrant pas à angle aigu, formaient une commissure arrondie assez disgracieuse. C'est ce qui a motivé la quatrième opération, qui fut exécutée de la manière suivante : En dehors de la commissure externe a été taillé, puis enlevé un petit lambeau triangulaire, horizontal, à sommet tourné vers la tempe, à base tournée vers l'œil et comprenant la portion concave de la commissure elle-même.

La portion voisine des deux paupières, faisant suite aux deux côtés du triangle, a été avivée dans l'étendue de quelques millimètres ; puis on a réuni par la suture les deux lèvres de cette plaie. Mais préalablement les bourrelets muqueux formant le chémosis avaient été excisés, et une incision de deux centimètres, parallèle au bord de la paupière supérieure et située à un centimètre de ce bord, avait été pratiquée au-dessus de l'ectropion supérieur pour permettre une dissection qui favorisât le glissement de la partie externe de la paupière supérieure et son affrontement avec l'inférieure.

Le résultat définitif de toutes ces opérations est vraiment remarquable : non-seulement l'horrible difformité causée par ce double ectropion, un des plus grands qu'on puisse rencontrer (la surface bourgeonnante étendue entre les deux bords palpébraux renversés n'avait pas moins de 7 centimètres, tandis que dans les plus grands ectropions que M. Denonvilliers ait vus il n'y avait que 3 centimètres à peine), la difformité donc a disparu, mais, de plus, les lambeaux palpébraux sont lisses, pâles et ne font aucune saillie, ne figurent aucun bourrelet. On a beaucoup discuté pour savoir s'il fallait, dans les restaurations de la face, se servir du tissu cicatriciel ; ce fait éclaire la question, car la paupière inférieure ici a été exclusivement refaite avec un tégument recouvert de cicatrice, et on peut remarquer que non-seulement il a très-bien repris, mais qu'il n'est même nullement difforme.

Pour revenir à l'opérée, les paupières aujourd'hui ne peuvent pas arriver partout au contact immédiat l'une avec l'autre ; il existe encore un petit point où la muqueuse montre par conséquent un très-léger ectropion à la paupière inférieure. Cependant, M. Denonvilliers ne fera probablement plus de nouvelle opération. La cornée est bien recouverte, et la surface du globe de l'œil, autrefois menacée d'ulcérations graves, est aujourd'hui tout à fait saine ; la vision jouit de toute son intégrité.

M. Denonvilliers termine sa communication en montrant des portraits photographiques représentant l'opérée aux diverses phases de sa maladie.

M. Chassaignac. Malgré l'heureuse issue des opérations dont on vient de parler, il n'en est pas moins vrai qu'il faut généralement s'abstenir de former des lambeaux avec le tissu cicatriciel. Si M. Denonvilliers a obtenu un beau succès, malgré cette circonstance défavorable, il faut en rendre grâce à son habileté et au soin extrême qu'il a apporté dans toute cette cure, et ne point en déduire de principes généraux. Peut-être à la face il y a une restriction à faire ; mais aux

membres le tissu de cicatrice ne se prête point à des emplois semblables. Il manque de souplesse, de vitalité, et se racornit toujours consécutivement, quoi qu'on fasse. M. Chassaignac en a fait la triste expérience dans le cas suivant :

Un jeune garçon, à la suite d'une brûlure, avait le bras collé contre la poitrine et l'avant-bras plié sur le bras. Dans ce dernier point existait une bride large, épaisse, bien nourrie en apparence. Il eut l'idée de la détacher, puis de la dédoubler pour l'aplatir et recouvrir une partie de la plaie qui résultait de la dissection. L'opération n'eut point de succès, en cela que le lambeau ne servit presque à rien et qu'une large cicatrice de nouvelle formation dut être obtenue; mais elle fut utile en cela que le bras a été redressé et est resté droit, de plié angulairement qu'il était auparavant.

L'opérée de M. Denonvilliers, au jour actuel, a encore la paupière trop courte pour que le globe de l'œil soit complétement recouvert, si ce n'est lorsque la volonté intervient pour rapprocher fortement la paupière. Il est probable que pendant le sommeil les paupières ne sont pas closes, et cependant la conjonctive ni la cornée ne sont point malades.

M. Chassaignac a vu un malade atteint d'un double ectropion; le globe de l'œil n'était pas recouvert pendant le sommeil, mais cependant il pouvait l'être de temps en temps, grâce à un clignement volontaire. Cela avait suffi néanmoins pour que le globe de l'œil ne s'enflammât point. Il est important de savoir que lorsqu'après une opération d'ectropion le résultat a été incomplet, il suffit que le clignement puisse s'effectuer de temps en temps pour que les ulcérations cornéales et la conjonctivite cessent de faire des progrès.

M. Verneuil. Un des résultats les plus directs des recherches de Delpech sur les propriétés du tissu inodulaire, a été la proscription de l'emploi de ce tissu dans la cure des cicatrices vicieuses. On a avancé que les lambeaux qu'on y prenait étaient exposés à se gangrener, à s'enflammer, à se rétracter sans cesse. On les a crus incapables de se réunir entre eux ou aux parties saines. Il y a là certainement une exagération dont on revient un peu de nos jours. Déjà M. Decès (de Reims), dans un mémoire inédit dont j'aurai prochainement à vous rendre compte, en a appelé de ces règles trop absolues, et a montré qu'on pouvait le plus souvent se servir de ce tissu inodulaire, y pratiquer des incisions, en faire des lambeaux, etc., etc. Nous savons aussi que le même tissu est parfaitement capable de contracter l'inflammation adhésive, de soutenir les sutures, etc., etc. Plusieurs communications

récentes dues à divers chirurgiens plaident dans le même sens. Au reste, si l'on en doutait encore, les diverses présentations de M. Denonvilliers viendraient démontrer que la peau cicatricielle s'utilise parfaitement.

Cependant les dissidences ne doivent pas conduire à l'exclusion, mais bien plutôt à un triage, à une distinction entre les faits. Certainement, lorsque le tégument cicatriciel est mince, tendu, luisant, très-sec, peu vasculaire, entièrement fibreux, adhérent aux couches sous-jacentes ou séparé d'elles par un tissu cellulaire très-lâche et comme séreux, lorsque, dis-je, toutes ces conditions existent, il ne faut guère compter sur l'emploi utile de la cicatrice. Cela se rencontre en particulier au front, à la paume de la main et aux membres dans le sens du pli de flexion.

Mais si, au contraire, la cicatrice n'occupe que les couches les plus superficielles d'un derme épais, si elle est doublée d'une couche suffisante de pannicule adipeux bien nourri, bien vivant, sans adhérence sous-jacente, on peut sans crainte y découper des lambeaux; c'est ce qui s'observe en particulier aux joues, à la face, et, en un mot, dans les points où persistent les conditions anatomiques précitées. C'est donc l'état du tissu cicatriciel lui-même, ses rapports, son épaisseur, qui dominent les indications et qui doivent guider le chirurgien.

Un certain nombre de faits déjà anciens démontrent que l'on peut faire des lambeaux dans le tissu cicatriciel; je fais allusion à une série de procédés applicables aux brides plus longues que larges, et qui, par leur réunion, mériteraient de constituer une méthode. Je prendrai pour type, si l'on veut, le procédé de M. Wharton Jones pour l'ectropion (1).

On sait qu'il consiste à comprendre la bride cicatricielle entre deux incisions réunies, de manière à former un angle et à constituer, par conséquent, un lambeau triangulaire qui renferme la cicatrice. Ce lambeau est ensuite détaché par sa face profonde; puis la paupière déviée étant remise en place, le lambeau remonte et laisse à nu une surface saignante qu'on réunit par la suture. Lorsque l'opération est terminée, les deux incisions qui figuraient un V sont transformées en une plaie en Y, dont le lambeau remplit l'ouverture, et dont les trois branches sont réunies par la suture.

Le même procédé est applicable à d'autres régions; ainsi déjà Earle,

(1) Bon nombre d'auteurs passent ce procédé sous silence, ou l'attribuent à d'autres. Il est bien décrit dans Mackensie, *Traité des maladies des yeux*, traduction française, 1844, page 154.

qui, soit dit en passant, connaissait très-bien les propriétés du tissu cicatriciel, Earle avait pratiqué une opération analogue pour une bride maintenant l'avant-bras fléchi contre le bras. Plusieurs chirurgiens ont réussi à remédier à des déviations des doigts en agissant de la même manière, et je citerai, entre autres, MM. Jobert et Nélaton. J'ai vu moi-même un cas de ce genre qui présente quelque intérêt.

Il y a quelques mois, j'observai dans le service de M. Philippe Boyer, à l'Hôtel-Dieu, un jeune chimiste qui avait été violemment brûlé à la face et à la main. Dans la première région, il y avait une cicatrice exubérante; à la main, la brûlure, ayant porté surtout sur la face dorsale et sur le bord radial, avait engendré une cicatrice étendue sur la face dorsale de la région métacarpienne du pouce, depuis le milieu de la première phalange environ jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne. La rétraction consécutive avait eu pour effet d'entraîner le pouce dans une abduction et dans une extension forcées, de telle façon que le mouvement d'opposition était impossible et qu'il y avait même une sorte de subluxation de la première phalange sur le métacarpien.

Le chirurgien était disposé à ne rien faire. Je fis voir aux internes du service, qui m'avaient par hasard appelé pour examiner ce jeune homme, la possibilité d'améliorer sa position en taillant à la face dorsale, en plein tissu cicatriciel, un lambeau triangulaire à base inférieure, répondant au pli palmaire métacarpo-phalangien, et à sommet supérieur atteignant à l'avant-bras le sommet de la bride.

Sur le conseil de ses internes, M. Boyer opéra. Il fit les deux incisions, détacha le lambeau et redressa le doigt, après avoir fait toutefois la section des tendons extenseurs du pouce qui empêchaient cet organe de reprendre sa mobilité; la plaie surmontant le lambeau fut réunie. J'ai revu le malade quelque temps après, et j'ai appris qu'il avait été opéré. Le succès n'était pas complet, c'est-à-dire que le doigt n'avait pas l'intégrité de ses mouvements, mais néanmoins il y avait une très-grande amélioration; les articulations étaient redevenues libres, et le pouce avait reconquis une grande partie de ses mouvements.

J'ai cité ce fait, parce qu'il démontre qu'on peut tailler un lambeau en plein tissu inodulaire, faire des sutures heureuses sur ce même tissu, et le tout sans voir survenir les fâcheux accidents dont nous menacent les principes actuellement dogmatiques de la chirurgie.

M. Denonvilliers. Tout en admettant l'utilité qui découle de la généralisation, il faut savoir aussi que le progrès consiste souvent à dis-

tinguer par l'analyse les faits d'ordre différent. Ce dernier travail est indispensable dans la question actuelle. Depuis longtemps on discute sans s'entendre sur la conservation ou la proscription du tissu cicatriciel dans les lambeaux. Il y a aujourd'hui un retour manifeste des esprits dans le sens de la conservation. Déjà, il y a quatre mois, il a démontré qu'on pouvait, à la face du moins, utiliser la peau autrefois mutilée. Il avait dit également que, toutes choses égales d'ailleurs, les téguments des joues valaient mieux que ceux du front et des tempes, quoique la constitution anatomique de ces derniers paraisse si propre à la formation des lambeaux.

Les téguments des joues sont épais; on peut mieux donner à la pièce autoplastique l'épaisseur désirable; ils sont ensuite beaucoup plus vasculaires, et l'on pourrait même admettre que les vaisseaux y jouissent d'une vitalité plus grande, à en juger par la rapidité avec laquelle le système capillaire de cette région se vide et se remplit.

Mais ce n'est pas tout : il faut distinguer soigneusement à quelle profondeur est arrivée la perte de substance, ou, en d'autres termes, quelle épaisseur conserve le tégument cicatriciel. Si les couches superficielles du derme ont été seules détruites, on peut agir sans crainte comme sur des tissus sains; si, au contraire, la brûlure a atteint le quatrième degré, si les parties molles ont été presque complétement détruites et qu'il ne reste qu'un tissu fibreux, dense, formé par l'ancienne membrane granuleuse, on ne saurait agir avec autant de hardiesse; et il convient de chercher ailleurs des téguments mieux organisés. On conçoit d'ailleurs qu'il se rencontre des cas intermédiaires. Il y a des circonstances dans lesquels il est même plus avantageux, au point de vue de la beauté, de restaurer une cicatrice avec du tissu analogue à elle : c'est lorsque l'on doit implanter un lambeau au milieu d'une surface cicatricielle. Si ce lambeau est formé de tissu sain, il y a au niveau de la réunion un contraste assez choquant.

1° Chez la jeune fille qu'on vient de voir, toute la joue avait été brûlée; le lambeau, étant lisse et luisant à sa surface, ne tranche donc nullement avec les parties auxquelles il est réuni.

2° Même fait s'est présenté chez M. B... (de Lille), opéré d'ectropion; le lambeau est très-beau, il est plat, et se distingue à peine des parties ambiantes.

3° Chez un autre malade actuellement en traitement, car les paupières sont encore soudées, le lamboau implanté au milieu de la cicatrice est constitué par de la peau tout à fait saine; il est moins beau

que les précédents; il tranche par son aspect, par sa couleur, par une certaine saillie au-dessus des parties voisines.

4° Enfin, chez une dame de Montargis, opérée d'ectropion suite de pustule maligne, le lambeau constitué par des tissus sains est inférieur encore aux deux premiers.

M. Denonvilliers incline à croire que les lambeaux cicatriciels sont exempts de divers inconvénients communs dans les lambeaux taillés dans les parties molles indemnes; aussi ils restent plats, ne chevauchent pas sur les parties ambiantes, et ne sont point exposés, comme les derniers, à se boursoufler et à faire des boudins, des bourrelets cylindriques assez désagréables.

M. Michon, qui s'est beaucoup occupé de cette question, émet les propositions suivantes :

1° Lorsqu'on taille des lambeaux dans le tissu cicatriciel, il faut toujours tenir compte de la profondeur de la perte de substance, de l'épaisseur de la cicatrice. En effet, lorsque ce lambeau est détaché, les parties molles voisines saines s'écartent considérablement et laissent une brèche très-étendue.

2° Quand on veut utiliser le tissu cicatriciel, il ne faut le faire que pour de très-petites choses et n'en prendre que des lambeaux très-restreints, car la condition essentielle de ceux-ci, c'est de vivre, et, s'ils sont larges, ils se gangrènent. La chose lui est plusieurs fois arrivée : aussi ne fait-il à ce tissu que des emprunts très-minimes.

3° Le tissu cicatriciel se réunit très-bien par première intention au tissu analogue et au tissu sain, sans quoi la cure de l'ectropion ne serait pas possible.

4° M. Denonvilliers a parlé de la beauté de tel ou tel lambeau. Il n'est pas encore autorisé à juger du résultat définitif, ses opérations étant pour la plupart trop récentes. Les cicatrices, comme chacun le sait, travaillent fort longtemps, mais plus longtemps encore les lambeaux, de telle façon que tels d'entre ces derniers qui sont très-satisfaisants au premier moment deviennent difformes plus tard, et réciproquement les tissus sains rapportés qui font d'abord saillie et tranchent par leur couleur finissent par s'affaisser, pâlir et prendre presque complétement l'aspect de la région nouvelle par une modification qui survient dans leur nutrition. Ce n'est pas au bout de quelques mois, mais bien de quelques années que la question peut se juger.

5° La conservation du tissu cicatriciel dans les lambeaux en V, dont M. Verneuil vient de parler, n'est pas comparable aux autres cas, parce qu'en général on ne détache pas ces lambeaux par leur face profonde,

et qu'on se contente de les faire glisser après les avoir isolés par les deux incisions angulaires. Ce fait ne prouve donc pas en faveur de l'emploi du tissu cicatriciel.

6° S'il faut tenir grand compte de la composition anatomique des tissus dont on se sert pour faire les lambeaux, il faut se préoccuper au moins autant de l'état des surfaces sur lesquelles on les réapplique pour en obtenir l'adhésion. Les blépharoplasties pour ectropions réussissent fort bien en effet, parce que les lambeaux sont appliqués par leur face saignante sur une autre surface saignante bien nourrie et très-apte à la réunion immédiate. Il en serait tout autrement si la surface avivée était peu vasculaire et recouverte d'un tissu fibreux dense.

M. Denonvilliers ne partage pas les craintes de M. Michon quant à l'étendue qu'on peut donner aux lambeaux taillés dans le tissu cicatriciel; il a fait à ce dernier des emprunts aussi larges qu'on peut le concevoir, et les résultats n'en ont pas été compromis.

Il accorde que l'état de la surface qui doit supporter les lambeaux est très-important, et qu'il y a de grandes différences entre l'autoplastie *en pont* et celle où l'affrontement se fait partout entre des surfaces saignantes.

Quant à la question de temps, il reconnaît la valeur de l'objection, mais n'est pas à même d'y répondre, car il ne dépend pas de lui de montrer des malades plus anciennement guéris. Du reste, au lieu de voir les lambeaux formés par des tissus sains s'améliorer avec le temps, M. Denonvilliers a plusieurs fois remarqué que leur saillie, leur boursouflement ne faisaient que s'accroître par suite du rétrécissement progressif du sillon qui répond à leur réunion avec les parties voisines. Loin de diminuer alors, la différence s'exagère de jour en jour.

— M. Marjolin présente un enfant à propos duquel il lit l'observation suivante :

Cataracte congénitale double compliquée de mydriase ou d'absence de l'iris. Conservation de la vue.

Ce petit malade est digne de votre attention par la singularité et la rareté de l'affection qu'il présente ; il a une double cataracte compliquée ou de mydriase ou d'absence de l'iris, comme M. Velpeau et notre collègue M. Giraldès en ont observé un cas.

D'après les renseignements que j'ai pu avoir, cet enfant, qui a six à sept ans, serait venu au monde avec cette lésion, ou du moins, si celle-ci n'est pas réellement congénitale, elle daterait des premiers temps de son enfance.

Lorsqu'on observe cet enfant, qui présente cette sorte de gaieté propre à quelques idiots, et cependant ne manque pas d'une certaine intelligence, on voit que la pupille est aussi dilatée que possible; dans le centre existe une petite tache blanche, irrégulière, à bords frangés, nettement limitée par une zone noirâtre signalée dans quelques cas de cataracte centrale. Cette bande noire est tellement nette qu'au premier abord elle ressemble à l'ombre projetée par l'iris sur le cristallin.

Mais il suffisait d'un simple examen au grand jour ou à la lumière pour voir que cette prétendue ouverture n'était pas la pupille. Comment, en effet, expliquer une ouverture pupillaire aussi étroite occupée par un milieu opaque, et cela avec l'intégrité la plus complète de la vision? Y avait-il là, outre la cataracte simple, paralysie ou absence de l'iris? J'hésitai, avant d'avoir eu recours à l'examen de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, et je priai M. Follin de vouloir bien l'examiner.

Un autre fait que je crois devoir signaler à votre attention, c'est le rapprochement réel ou apparent entre le cristallin et la cornée transparente. La lésion est exactement la même pour les deux yeux; seulement le cristallin du côté droit présente une ou deux petites taches visibles à l'œil nu, et un peu éloignées du centre.

Comme phénomène physiologique, aucune altération dans la vue en plein soleil; l'enfant peut distinguer et ramasser un cheveu sur une surface brillante. Si on l'oblige à fixer la lumière du soleil, il n'éprouve que la gêne que nous éprouvons tous.

On n'observe pas chez lui ce mouvement continuel des paupières ou du globe de l'œil, comme chez la plupart des individus atteints de cataractes congéniales; et si parfois la démarche a quelque chose d'incertain, cela dépend moins de l'affection que de l'intelligence.

M. Follin a examiné cet enfant à l'ophthalmoscope; il a constaté :

1° Une absence à peu près complète de l'iris. Il reste à peine à la partie inférieure une étroite bandelette de cette membrane;

2° Des opacités sur le cristallin, qui paraissent surtout dues à des dépôts sur la capsule antérieure;

3° Des taches noires au voisinage de la rétine, sans qu'on puisse savoir si ces taches siégent au-dessus, au-dessous ou dans l'épaisseur même de cette membrane.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. A. Guérin demande la parole à propos du procès-verbal.

Ayant dit, dans un rapport sur un instrument présenté par M. Dupierris, qu'avant M. Maisonneuve M. Charrière avait vissé une longue bougie au bout d'un urétrotome, il tient à rectifier une erreur bien

involontaire contenue dans ce passage de son rapport. Il résulte de renseignements qui lui ont été communiqués que la bougie vissée par M. Charrière n'avait que 6 centimètres de long, tandis que celle dont se sert M. Maisonneuve a la longueur d'une bougie ordinaire.

M. Guérin a cru devoir demander cette rectification, pour satisfaire certaine susceptibilité.

CORRESPONDANCE.

M. Dujardin, chirurgien de l'hospice général de Lille, adresse une observation de *trachéotomie faite en deux temps avec l'emploi des caustiques*. (Commissaires : MM. Guersant, Morel-Lavallée, Chassaignac.)

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Costantini, doyen des chirurgiens de l'hôpital du Saint-Esprit et professeur de clinique chirurgicale à Rome, le recueil des *Observations recueillies à la clinique pendant les années* 1853, 1854, 1855. Cet ouvrage est adressé pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Lenoir, Michon, Larrey.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants : *De la lithotritie considérée au point de vue de son application*, par M. Ségalas ; *Rapport sur l'électricité médicale*, par M. Bouvier.

— M. le docteur Bauchet lit la première partie d'un mémoire étendu sur les hypertrophies de la glande parotide.

— M. LE SECRÉTAIRE lit, au nom de M. le docteur Plouviez (de Lille), une observation de fissure à l'anus guérie par l'emploi prolongé de pilules Écossaises, dont la formule a été légèrement modifiée.

Quelques membres font remarquer que le traitement de la fissure à l'anus par les purgatifs répétés a déjà été plusieurs fois préconisé. Gerdy, entre autres, y insistait beaucoup. Ce traitement a l'inconvénient d'être fort long, et le plus souvent inefficace.

M. CHASSAIGNAC montre un col utérin qu'il a enlevé, en présence de M. J. Cloquet, au moyen de l'écrasement linéaire. L'opération a duré vingt-cinq minutes. Elle n'a pas été douloureuse en elle-même, mais la malade a souffert des manœuvres nécessaires à l'abaissement de la matrice. La tumeur avait l'aspect papillaire à un haut degré ; elle était bien pédiculée d'un côté, mais à gauche elle n'avait pas d'autres limites que le cul-de-sac vaginal.

Il est donc probable que l'extirpation n'a pas été radicale. Au reste, M. Chassaignac n'a pas opéré dans l'espoir de guérir, mais seulement

pour arrêter des hémorrhagies rebelles contre lesquelles les caustiques étaient restés impuissants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr A. Verneuil.

Séance du 11 juin 1856.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le docteur Magnard présente, au nom de M. Michon, une jeune fille affectée d'une *luxation du coude en arrière*. Cette luxation non réduite existe depuis trois mois. On a en vain voulu la réduire par les procédés ordinaires. Faut-il employer les moufles ?

M. Guersant. J'ai vu hier à l'hôpital une luxation datant de neuf semaines. Déjà, à l'hôpital Lariboisière, on avait voulu la réduire. Je n'ai pas été plus heureux dans mes tentatives pour replacer les os dans leur situation normale.

M. Lenoir. Je pense qu'il est possible d'obtenir la réduction sans recourir à l'emploi des moufles. J'ai déjà réussi plusieurs fois dans des cas analogues. Voici le procédé que je mets en usage :

Après avoir endormi les malades, je saisis le membre et j'imprime à l'articulation des mouvements forcés dans tous les sens. De cette façon, je parviens à détruire les adhérences anormales qui se sont établies et qui s'opposent à la réduction. Je procède ensuite suivant les règles de l'art comme pour une luxation récente. J'ai ainsi réduit une luxation de l'épaule ayant déjà deux mois d'existence. Si par ce procédé on ne réussissait pas, on pourrait en venir à l'emploi des moufles.

M. Morel-Lavallée a réduit une luxation du coude datant de trois mois. Les moufles avaient été d'abord employées sans succès. Pendant les efforts de réduction il s'est produit une fracture de l'olécrane. Malgré cet accident, le succès a été complet.

M. Chassaignac est aussi d'avis de tenter la réduction après avoir, suivant le conseil donné par M. Lenoir, détruit les adhérences nouvelles. Il conseille, pour faciliter le retour du cubitus dans ses rapports articulaires, d'exercer une pression directe et puissante sur l'olécrane à l'aide de la paume de la main.

— M. Gosselin présente une malade qu'il a opérée et guérie d'un anus contre nature compliqué de renversement considérable et irréductible de l'intestin, et chez laquelle il a mis en usage la modification qu'il a indiquée dans un travail lu à l'Académie de médecine en 1854, et qui consiste à aviver l'intestin renversé, en excisant toute sa membrane muqueuse, de manière à l'utiliser pour la cicatrice. Cette femme avait été adressée au professeur Gerdy, qui, au moment où il est tombé malade, l'avait engagée à entrer à l'hôpital Cochin. M. Gosselin s'occupa d'abord de rétablir la circulation des matières fécales par l'application de l'entérotome, qui a eu, sous ce rapport, un succès complet; mais l'ouverture extérieure et le renversement ayant persisté, il a fallu songer à une opération occlusive. Dans une première opération faite le 25 décembre 1855, M. Gosselin a procédé comme chez son malade de 1854, c'est-à-dire qu'il a fait une autoplastie par inflexion après avoir préalablement avivé l'intestin par l'ablation de sa muqueuse, et ensuite la paroi abdominale. Mais la réunion se fit incomplétement; les matières intestinales continuèrent à s'écouler, et l'intestin renversé se recouvrit d'une nouvelle couche tégumentaire. Il fallut donc pratiquer une seconde opération occlusive, et elle fut faite le 9 février 1856. Elle consista :

1° Dans un avivement de toute la surface de l'intestin renversé par l'ablation de son tégument nouveau avec la pince et les ciseaux fins de la boîte à ophthalmologie;

2° Avivement de tout le contour cutané de l'orifice anormal;

3° Dissection d'un large lambeau de peau et de tissu cellulaire souscutané au-dessus et en dehors de l'anus contre nature;

4° Application de ce lambeau qui a éprouvé à peine un quart de rotation sur l'intestin avivé, et adaptation de son contour à la paroi abdominale par sept points de suture séparés.

Cette autoplastie à lambeau ne diffère de celles qui ont déjà été faites, notamment de celle de M. Jobert (de Lamballe), que par l'avivement préalable de l'intestin. Le succès le plus complet a couronné cette nouvelle tentative, et a probablement été aidé puissamment par l'administration de l'opium à haute dose pendant une huitaine de jours, dans le but d'empêcher ou au moins de diminuer les contractions intestinales et la sortie des matières par l'anus accidentel.

M. Gosselin fait voir la cicatrice, dont une partie adhère à quelque chose de profond qui est sans doute l'intestin devenu paroi abdominale.

Staphylome pellucide hémisphérique des deux yeux.

M. Larrey présente un soldat d'artillerie entré au Val-de-Grâce dans ces derniers temps pour une ophthalmie de l'œil gauche (kératite ulcéreuse avec conjonctivite), et qui offre une anomalie singulière des deux yeux. C'est une exagération extrême de la convexité normale des cornées avec conservation de leur transparence, constituant ainsi une variété non décrite du staphylome pellucide, dont la forme conique a même fait appeler cette affection cornée conique (*conical cornea*) par les ophthalmologistes anglais. Ici, au contraire, les cornées conservent leur forme arrondie, qui motiverait la dénomination de *staphylome pellucide hémisphérique*, si elle était acceptée.

Le sujet de l'observation est un homme jeune, de bonne constitution, mais sujet aux ophthalmies depuis son enfance. Atteint d'une myopie assez prononcée, il éprouve de la photophobie et du larmoiement sous l'impression d'une lumière vive, et présume, sans en être certain, que ses yeux ont toujours été saillants. On peut donc admettre qu'il s'agit ici d'un vice de conformation congénial plutôt que d'une maladie acquise.

Les deux cornées sont bombées, de forme parfaitement hémisphérique et tout à fait transparentes, brillant même d'un vif éclat, sauf une légère ulcération du côté gauche et une très-petite tache du côté droit. Leur texture semble aussi plus mince que dans l'état normal, et présente à la lumière d'un ophthalmoscope un reflet diaphane. La chambre antérieure se trouve fort agrandie et presque doublée dans l'espace qu'elle devait occuper. L'iris, de chaque côté, offre une couleur bleuâtre et paraît légèrement concave en avant. Les pupilles sont régulières et mobiles. La sclérotique des deux yeux n'est pas d'ailleurs plus volumineuse ou plus distendue que dans l'état ordinaire. Cette circonstance, jointe aux autres caractères indiqués, ne peut faire admettre l'existence d'une hydrophthalmie. Ajoutons que l'humeur aqueuse ne semble pas en excès et qu'elle est tremblotante comme de la gelée. La contraction des muscles de chaque œil ne le déforme pas sensiblement, et l'occlusion des paupières s'accomplit d'elle-même. Mais si le sujet incline la tête en bas et en avant, il lui semble que ses yeux vont sortir de leurs orbites.

Ce militaire, qui n'aurait pas dû être admis au service, vient d'être réformé.

M. Giraldès fait observer que l'état des cornées, chez ce sujet, ne

constitue pas une maladie à proprement parler, mais bien un vice de conformation congénial.

Redressement d'un cal difforme de la jambe huit mois et demi après la fracture.

M. Larrey présente un artilleur blessé en Crimée, le 4 juin 1855, par le choc d'un affût de canon, qui a fracturé les deux os de la jambe gauche à son tiers inférieur. Le tibia et le péroné se trouvaient brisés au même niveau.

On applique immédiatement un appareil de Scultet, qui se dérange ou se relâche pendant le transport du blessé à Constantinople; une nouvelle réduction devient nécessaire, et un appareil semblable est maintenu en place pendant quarante jours; mais l'examen fréquent de la fracture fait constater un défaut de consolidation avec tendance à la saillie antérieure des fragments. La diarrhée d'abord, le scorbut ensuite influent évidemment sur cet état local et réclament un traitement approprié.

Le cal, au moins provisoire, s'établit enfin, mais difforme et anguleux. On parvient à le rompre vers le deuxième mois de la fracture, mais avec assez de difficulté et par des manœuvres douloureuses. Le membre est placé alors dans un appareil ou gouttière en bois, où il reste maintenu pendant quarante jours. Il en est retiré alors, et on découvre une large ulcération à la face dorsale du pied produite par un des lacs de l'appareil. La consolidation est commencée, mais la courbure du cal subsiste, quoique moins prononcée. L'état général ainsi que la complication locale empêchent de rien faire de plus; on se contente de placer le membre dans un appareil contentif simp'e pendant trois mois.

Le blessé revient en France, et, parvenu à Paris, il est évacué sur le Val-de-Grâce le 14 janvier 1856.

En examinant le membre fracturé, nous constatons tout d'abord une difformité notable, caractérisée par une courbure de la jambe au niveau de son tiers inférieur, formant un angle d'environ 45 degrés. Quelques pressions exercées sur ce cal anguleux nous font présumer qu'il n'est pas définitif, car elles provoquent de la douleur et une sorte de dépressibilité, comme dans le cas de ramollissement.

On peut tirer de cette induction la possibilité de redresser le cal, malgré l'ancienneté de la fracture. Mais, avant toute tentative, un régime anti-scorbutique est prescrit, en même temps que des applications émollientes sont faites sur la jambe; et, après un mois de ces

soins préliminaires, je procède le 15 février au redressement du cal. Ce n'est pas par une rupture brusque et instantanée, mais par des pressions lentes et graduées que j'y parviens. Contre mon attente, et en quelques minutes, après avoir soumis le malade au chloroforme pour annihiler l'action musculaire et la douleur, le cal anguleux est presque entièrement effacé; la jambe, à peu près droite, est maintenue en place par un appareil de Scultet; mais le lendemain, en levant cet appareil, nous avons le regret de trouver le membre presque aussi difforme qu'auparavant. Nouvelle manœuvre semblable à la première, même redressement d'abord, même difformité ensuite paraissant due à l'insuffisance du moyen de contention. La réduction du cal anguleux est enfin obtenue une troisième fois, le 25 février, et l'appareil plâtré de MM. Mathjisen et Van Loo, bien appliqué, reste inamovible pendant cinquante-huit jours. Il est enlevé le 21 avril, et met la jambe à découvert dans sa rectitude normale; mais, afin de compléter la consolidation, un second appareil semblable, moins épais seulement, est maintenu pendant un mois encore. Le redressement est définitif, quoique le cal ait encore besoin d'un certain degré de contention; il n'y a pas de raccourcissement, et le malade, qui s'ennuie d'un aussi long séjour dans les hôpitaux, sort du Val-de-Grâce le 7 juin dans l'état le plus satisfaisant, sauf un peu de roideur dans les articulations du genou et du pied.

Il conserve par précaution la gouttière de son dernier appareil plâtré, ainsi que ses béquilles, pour assurer la consolidation définitive du cal redressé ainsi huit mois et demi après la fracture.

— M. Huguier montre deux malades, dont il communique les observations.

Hydropisie de la gaîne des tendons du fléchisseur commun des doigts et du long fléchisseur du pouce.

Lecoq (Alfred), âgé de vingt-trois ans, fabricant de peignes, rue de la Montagne, à Passy, n° 24, est entré à l'hôpital Beaujon le 4 juin (1er pavillon, n° 214).

Il y a deux ans et demi ou trois ans environ, cet homme éprouva une légère douleur au pouce de la main droite, douleur accompagnée de gêne dans les mouvements de ce doigt, sans rougeur, ni tuméfaction, ni aucune apparence d'inflammation à la peau; pas de cause appréciable. Lecoq n'a jamais eu de douleurs rhumatismales; son travail est peu fatigant et n'occasionne pas de pression forte sur la paume de la main. Aucun choc, aucune contusion.

Depuis le moment où il a éprouvé cette douleur pour la première fois, Lecoq ressent de la fatigue dans la main et a peine à étendre les doigts lorsqu'il a travaillé plus longtemps que d'habitude.

Il y a deux ans, gonflement de la main survenu à la suite de fatigue ou d'excès de boisson. Un peu de repos a suffi pour faire disparaître cette tuméfaction. A la suite, tumeur à la face palmaire du petit doigt. Cette tumeur, qui, suivant le malade, aurait présenté les mêmes caractères que celle qu'il porte actuellement au pouce, se serait dissipée peu à peu ; aujourd'hui il n'en reste aucune trace ; seulement le petit doigt est fléchi vers la paume de la main par suite de la rétraction du tendon fléchisseur de ce doigt.

Etat actuel. — Tumeur arrondie, lisse, siégeant à la partie antérieure du poignet, remontant vers l'avant-bras à deux travers de doigt au-dessus de la ligne correspondant à l'articulation radio-carpienne. Cette tumeur n'est pas nettement limitée des parties voisines; elle paraît être située profondément au-dessous de l'aponévrose. Au toucher, elle donne la sensation de fluctuation, ou plutôt de résistance élastique. En pressant plus fort, on perçoit une sorte de frémissement, de craquement analogue à celui qui est produit par la neige écrasée dans la main. Si on presse encore davantage, la tumeur semble fuir sous le doigt, et on voit apparaître à la partie moyenne de la paume de la main une tuméfaction mal limitée remplissant l'espace compris entre les éminences thénar et hypothénar, et descendant à trois travers de doigt au-dessus de la naissance des doigts. Au toucher, ce gonflement présente les mêmes caractères que la tumeur du poignet, avec laquelle il communique assez largement au-dessous du ligament antérieur du carpe, car on peut avec facilité renvoyer le frémissement de l'une à l'autre. De plus, en faisant disparaître par la pression une de ces tumeurs, on fait augmenter le volume de l'autre.

Du côté du pouce de la même main, on constate également l'existence d'une tumeur oblongue, suivant la direction du tendon du long fléchisseur, et descendant jusqu'à l'union de la première avec la deuxième phalange du pouce. Elle offre les mêmes caractères que celle de la paume de la main : même résistance élastique, même frémissement comparable à la sensation que donne la sortie d'un pus grumeleux à travers une ouverture étroite lorsque de temps en temps un grumeau de pus vient boucher cette ouverture. La tumeur du pouce est assez peu volumineuse, et est surtout apparente à la naissance de la première phalange. On peut la faire disparaître par la pression ; on sent alors qu'elle envoie un prolongement entre les muscles de l'émi-

nence thénar, que l'on voit augmenter de volume. En pressant sur cette éminence, on rend à la tumeur du pouce son volume primitif. Du reste, elle paraît indépendante de la tumeur de la paume de la main; on ne peut renvoyer la fluctuation de l'une à l'autre, ni faire varier leur volume réciproque.

Les mouvements de flexion de la main sur l'avant-bras, des doigts dans la paume de la main sont libres, non douloureux, étendus presque autant qu'à l'état normal; seulement le malade trouve sa main droite plus faible et plus lourde que l'autre, et il s'habitue peu à peu et presque à son insu à se servir plus spécialement de la main gauche. Lorsqu'il a fait quelque excès de travail, sa main droite est engourdie, les doigts sont fléchis, et il a quelque peine à les étendre. Les abus de liquides alcooliques ont aussi, suivant le malade, une certaine influence sur ce gonflement.

Nous avons bien évidemment affaire ici à une hydropisie de la gaîne des tendons fléchisseurs des doigts. En considérant la sensation de frottement, de collision que produisent ces tumeurs, on peut de plus penser qu'il existe de ces petits corps étrangers que Dupuytren a décrits au commencement de ce siècle.

Le siége anatomique de la lésion que nous décrivons est remarquable. Épanchement siégeant dans la gaîne du fléchisseur commun des doigts, au-dessus et au-dessous du ligament antérieur du carpe; épanchement dans la gaîne du fléchisseur du pouce. Ces deux tumeurs, parfaitement indépendantes l'une de l'autre, comme les gaînes synoviales où elles siégent, sont elles-mêmes indépendantes.

Il eût été curieux de voir dans quel rapport se trouvait l'épanchement séreux du petit doigt avec celui de la synoviale du fléchisseur commun. Communiquait-il avec ce dernier? une cause locale aurait-elle déterminé une inflammation limitée à ce petit doigt, et qui aurait amené la résorption du liquide et la rétraction du doigt? Malheureusement aucun commémoratif ne peut nous donner connaissance des faits passés.

— A l'occasion du premier malade présenté par M. Huguier, M. Maisonneuve fait remarquer que cette maladie est commune au poignet, et qu'il l'a également observée dans un point beaucoup plus insolite. Un malade portait une tumeur très-douloureuse du moignon de l'épaule. Une incision en fit sortir un certain nombre de ces concrétions ayant le volume et la forme des haricots de Soissons.

M. Verneuil a observé un cas semblable. La pièce provenant de ce sujet, et recueillie à l'amphithéâtre, est déposée au musée Dupuytren.

Bec-de-lièvre compliqué de la division de toute l'étendue de la voûte palatine et du voile du palais.

Girardin (François), quinze ans, garçon épicier, rue Sainte-Marthe, 3, est entré le 29 mars 1856 à l'hôpital Beaujon, 1er pavillon, n° 203.

La lèvre supérieure présente du côté droit, au-dessous de la narine correspondante, une scissure complète. Les bords de cette ouverture, recouverts d'une muqueuse analogue à celle des lèvres, sont écartés d'un centimètre environ, écartement qui augmente considérablement lorsque le malade parle ou rit. Ces bords ont une direction verticale; la partie inférieure de chacun d'eux est taillée de manière à décrire une convexité interne. Ces deux convexités, lorsqu'on réunit les deux bords de la lèvre, laissent entre elles un espace triangulaire (encochure du bec-de-lièvre). A sa partie supérieure, la scissure se confond complétement avec l'ouverture de la narine droite, de sorte qu'en agitant un peu la tête du malade en arrière, on aperçoit d'abord une vaste fente comprenant la narine et la lèvre divisées, puis derrière cette fente les cavités nasale et buccale. Du côté droit, le nez présente une déformation remarquable; la narine est aplatie d'avant en arrière, son diamètre transversal considérablement élargi, le diamètre antéro-postérieur presque effacé. Derrière la scissure de la lèvre on aperçoit la langue, qui vient appuyer sur les dents inférieures, qu'elle a écartées et rejetées en dehors.

En écartant les bords de cette ouverture, on aperçoit une large séparation entre les deux os maxillaires; la perte de substance paraît porter exclusivement sur l'os maxillaire droit, dont la portion intermaxillaire manque. Cette division se prolonge sur la voûte palatine. Les deux bords sont distants l'un de l'autre d'un centimètre environ; ils sont revêtus d'une muqueuse rosée. Les cavités nasale et buccale communiquent largement entre elles. En soulevant l'aile du nez, on voit la fosse nasale droite, avec les cornets et la cloison nasale déjetée à gauche.

En faisant ouvrir largement la bouche au malade, on constate que la division de la voûte palatine est complète; qu'elle se prolonge jusque sur le voile du palais, qui est divisé en deux parties égales, et même sur la luette, divisée en deux tubercules égaux; que la scissure est plus large en arrière qu'en avant; qu'elle a une direction oblique d'avant en arrière et de droite à gauche, partant du côté droit de la lèvre, pour aller finir à la partie médiane du voile du palais.

Chaque partie de la lèvre est attachée à la portion correspondante

de l'os maxillaire par un repli de muqueuse faisant suite au repli labio-gengival. Du côté gauche, cette portion osseuse soutient les deux incisives gauches, et est terminée par un petit tubercule faisant saillie du côté de la scissure, et ne dépassant pas le niveau inférieur de la gencive. Ce tubercule donne insertion au repli muqueux qui attache la lèvre du côté gauche, et contient probablement une dent. Du côté droit, deux petits tubercules dentaires déformés sortent de la gencive. Par leur position, ils représentent la canine et l'incisive droites. Les autres dents sont complètes.

Troubles physiologiques. — L'exercice de la parole est extrêmement gêné, l'air passant par la fosse nasale. Il est très-difficile de comprendre ce que dit le malade. Aucun trouble du côté de la mastication et de la déglutition. Le malade mange lentement, appuyant avec sa langue, avec un instinct remarquable, le bol alimentaire sur un des côtés de la voûte palatine. Jamais d'éternuments. Les liquides passent très-bien.

Opération le mardi 29 *avril.* — En présence d'une division aussi complète du voile du palais, M. Huguier a l'idée d'utiliser la portion du bord de la scissure qui doit être enlevée pour l'avivement des surfaces, de rejeter en arrière cette portion, de la maintenir et de lui faire contracter des adhérences entre les deux bords de la division du voile du palais. Il veut aussi remédier, autant que possible, à la déformation du nez.

Pour obtenir l'immobilité du malade, on est obligé de lui faire respirer quelques bouffées de chloroforme. M. Huguier commence par diviser avec le bistouri le repli muqueux qui unit la portion gauche de la lèvre au tubercule dont nous avons parlé.

Premier temps. — Puis avec le bistouri il taille du côté droit, de haut en bas, un lambeau large de presque un centimètre, correspondant à toute la hauteur de la lèvre et adhérent par sa base supérieure. A la partie inférieure de ce lambeau est passée une anse de fil portant une aiguille à chacune de ses extrémités.

Deuxième temps. — Avivement de la lèvre gauche de la division ; et pour mieux assurer l'affrontement et le contact des deux surfaces saignantes écartées par un espace assez considérable, incision transversale au niveau de la base de la sous-cloison, et détachant cette sous-cloison.

Troisième temps. — Le lambeau est renversé en arrière. Les deux aiguilles de l'anse de fil qui traverse sa partie inférieure sont passées à travers la cloison nasale à sa partie antérieure et inférieure, de manière que ce lambeau, adhérent par sa base à la lèvre, est placé entre

les deux bords de la fente du palais, le bord gauche ayant été préalablement avivé.

Quatrième temps. — Deux points de suture entortillée; de plus, une longue épingle enfoncée profondément immédiatement au-dessous dû nez, permettant, par les fils qu'elle supporte, un rapprochement plus exact de la partie supérieure de la plaie et un commencement de redressement du nez.

L'action de ces épingles est encore aidée par un léger bandage composé de longues bandelettes de diachylon ramenant les joues vers la plaie.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le 4 mai, les épingles furent enlevées. La réunion par première intention fut obtenue dans toute la hauteur de la lèvre. On essaya de redresser le nez en mettant des bourdonnets de charpie dans la narine gauche, en soutenant par une bandelette de diachylon la sous-cloison et empêchant ainsi la réunion immédiate de sa base.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Leclerc (de Caen) adresse une observation de *hernie inguinale chez un homme de 72 ans, avec apparition du testicule du même côté; péritonite, mort.* (Commission: MM. Guersant, Deguise fils, Houel.)

— M. Broca dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Friedberg (de Berlin), une observation d'*un cas de phlébite survenue à la suite d'une rupture de l'ankylose du genou, sans emploi de machines ni de ténotomie.* (Rapporteur, M. Broca.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants:

Des anévrismes et de leur traitement, par M. Broca.

De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques, par MM. Goubaux et Follin.

Discours prononcé aux obsèques de M. Amussat, par M. Larrey.

Bulletin analytique des travaux de la Société de médecine de Rouen, années 1825, 1826, 1853.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que les élections pour le bureau auront lieu dans la prochaine séance, 18 juin.

Dans la même séance, la Société se réunira en comité secret pour entendre le rapport sur les thèses envoyées pour le prix Duval.

La séance annuelle aura lieu le mercredi 25 juin. Après le compte

rendu annuel fait par M. le secrétaire général, M. Broca fera l'éloge de M. le professeur Gerdy, membre honoraire.

— M. Lenoir, à propos du jeune enfant présenté dans la dernière séance par M. Marjolin comme atteint de mydriase ou d'absence d'iris, ne voudrait pas qu'on confondît ensemble ces deux états pathologiques.

L'absence d'iris a déjà été observée plusieurs fois, et, entre autres, par Von Ammon. Elle coïncide ordinairement avec la cataracte centrale, et la vision est néanmoins conservée. Il paraît même qu'il faut s'abstenir, en pareil cas, d'opérer la cataracte; toujours est-il qu'un chirurgien ayant suivi une pratique contraire dans un cas, la vue fut perdue.

M. Houel a observé un enfant qui est venu au monde avec une absence presque complète de l'iris; cette membrane, en effet, était réduite à un liséré étroit mesurant à peine un millimètre, ce qui était facile à constater, l'iris étant bleu. Il y avait complication de nystagmus, mais pas de cataracte centrale. La vision était confuse au commencement, car la lumière causait des éblouissements; mais elle tend à s'améliorer de jour en jour, quoique le vestige d'iris diminue constamment encore. L'enfant, aujourd'hui âgé de deux ans, distingue bien les objets; il y a seulement tendance à la presbytie. Ce fait est en contradiction avec la règle générale, que M. Lenoir voudrait faire prévaloir, en admettant la coïncidence constante entre l'absence d'iris et la cataracte centrale.

M. Denonvilliers a entendu dire avec étonnement que la cataracte était une condition essentielle de la vision chez les enfants affectés d'absence de l'iris. Cette assertion s'appuie sur la perte de la vue après une seule opération de cataracte faite dans ces conditions. Cela ne veut pas dire que la cataracte soit utile à la vision, mais bien que l'opération a causé des lésions oculaires graves, ce qui s'observe tout aussi bien dans les cas ordinaires.

M. Denonvilliers a vu, il y a vingt-cinq ans, un enfant de douze ans privé d'iris, chez lequel cependant la vision s'opérait très-bien.

M. Morel-Lavallée a vu autrefois, dans le service de M. J. Cloquet, un adulte chez lequel, à la suite d'une violente contusion de l'œil, l'iris avait été complétement décollé; cette membrane s'était roulée sur elle-même, de manière à former à la partie inférieure un petit globe gros comme une tête d'épingle. Dans la suite, la vue se rétablit et était aussi bonne du côté blessé que de l'autre. M. Morel ne veut pas en inférer que l'iris ne sert à rien, mais montrer seulement qu'on peut s'en passer.

— M. Maisonneuve présente quelques remarques au sujet de l'opé-

rée d'ectropion double qui a été présentée dans la séance dernière. Quoique n'ayant point vu la malade, il accepte le résultat comme très-satisfaisant, et n'a nullement l'intention de blâmer les autoplasties qui ont été pratiquées par M. Denonvilliers ; cependant il se demande si l'emploi des lambeaux était réellement indispensable, et si l'on n'aurait pu arriver au même résultat par une opération plus simple, c'est-à-dire en se contentant de l'occlusion prolongée après la dissection des deux paupières renversées. Il a opéré autrefois un jeune épileptique de douze ans, atteint d'un ectropion double très-étendu. Après avoir fait les incisions et la dissection convenables, il réunit les deux paupières par la suture et ne les désunit qu'au bout d'un an. Le résultat fut d'abord satisfaisant ; mais la récidive menaçant de reproduire la difformité, il fit de nouveau la suture, qui fut cette fois maintenue pendant dix-huit mois, et donna définitivement des paupières très-belles, très-lisses et recouvertes par une cicatrice nouvelle qui ne se rétracta plus. Il a opéré déjà plusieurs fois de cette façon, et avec succès. M. Nélaton a suivi son exemple aussi heureusement. Si donc l'état des parties force à employer à la restauration des paupières le tissu cicatriciel, il devient inutile de faire des lambeaux ; il est plus simple et plus court d'avoir sur place une cicatrice nouvelle que d'en emprunter une aux parties voisines.

Au reste, il pense avec M. Denonvilliers que les paupières recouvertes de cicatrices sont aussi belles que celles qu'on refait avec des tissus sains, et il en juge par la beauté du résultat qu'il a obtenu dans le cas précédent.

M. Denonvilliers regrette que M. Maisonneuve n'ait pas vu l'opérée en question; il se serait convaincu que l'ectropion était si grand (car il était au moins trois fois plus étendu que les ectropions ordinaires), il se serait donc convaincu de la différence des cas et de l'impuissance de la suture. Pour que des succès comme ceux qu'annonce M. Maisonneuve soient parfaitement démontrés, il faudrait avoir des dessins, des mesures, des observations bien complètes et bien prises ; jusqu'à ce qu'il ait vu des cas semblables, M. Denonvilliers restera dans le doute et agira comme auparavant. Dans des questions de ce genre, les raisonnements ne sont rien ; les faits nombreux et concluants sont les seuls arguments valables.

Au reste, la suture des paupières a déjà été faite depuis longtemps ; à elle seule, il n'est pas prouvé qu'elle ait amené des succès complets. Lui-même il l'a faite, et, non content d'affronter bord à bord les paupières, il les a adossées par leur face externe en produisant un certain

degré même d'entropion ; cela n'a pas prévenu le renversement. La dissection des paupières donne naissance à une double plaie haute de 3 centimètres ; comment espérer quo lo tissu cicatriciel nouveau comblera ce vide énorme?

Chez Rosa B..., les lambeaux ont complétement rempli la brèche, et se sont si bien réunis que le portrait photographique ne montre pas même la place des sutures, tant celles-ci sont régulières. Au resto, puisque M. Maisonneuve admet que les paupières faites avec le tissu cicatriciel sont très-belles, pourquoi n'admet-il l'autoplastie qu'à la condition qu'on se serve des tissus sains ? Quelle objection fait-il aux lambeaux pris dans des parties molles couvertes de cicatrices? Si on revenait sur les reproches généraux faits à ce tissu, il n'aurait qu'à répéter ce qu'il a dit dans la dernière séance.

M. Denonvilliers ajoute qu'il a consulté M. Nélaton sur ses tentatives d'occlusion, et que ce chirurgien n'a employé ce procédé que pour des ectropions très-peu étendus.

M. Maisonneuve répète qu'il ne blâme pas l'autoplastie, mais qu'il la croit inutilo si par la simple occlusion, après dissection, on arrive au même résultat.

L'ectropion qu'il a eu à traiter avait des dimensions effrayantes ; il remontait si haut qu'on prit quelques poils du sourcil pour refaire des cils. L'opéré, du reste, a été autrefois présenté à la Société de chirurgie, et actuellement il est encore à Bicêtre.

Pour les petits ectropions, M Maisonneuve se contente d'aviver les bords et de faire la suture dans une petite étendue, de 3 à 6 millimètres, par exemple.

Enfin, l'autoplastie a déjà échoué bien des fois, et cependant elle a été faite déjà aussi avec du tissu cicatriciel par la raison que lo plus souvent on n'en a pas d'autre.

— M. Chassaignac montre une tumeur du sein qu'il a enlevée en combinant l'incision cutanée et l'écrasement linéaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Arist. Verneuil.

Séance du 18 juin 1856.

Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la cuisse, présumée fibro-plastique. — M. Larrey présente un malade qui porte à la cuisse droite une tumeur d'un volume considérable, paraissant de nature fibro-plastique; et il en relate l'observation de la manière suivante (1) :

Un sous-officier d'artillerie nommé L..., âgé de trente-huit ans, maître poudrier à Pont-du-Buiz, près Brest, m'est adressé au Val-de-Grâce le 10 juin 1856, par M. le général P..., qui s'intéresse beaucoup à lui, et par notre honorable confrère M. le docteur A. Thierry, à l'effet de soumettre le malade à une opération.

Voici d'abord quels sont ses antécédents :

Cet homme, d'une excellente constitution, d'un tempérament sanguin modéré, a toujours joui d'une santé parfaite, et n'a jamais eu de maladie vénérienne. Son père et sa mère, quoique très-âgés, sont encore bien portants, et personne dans sa famille n'a été atteint de cancer ni d'aucun mal analogue au sien. Son intelligence, très-développée, en lui faisant comprendre toute la portée de nos questions, nous fournit des renseignements exacts sur l'origine et le développement de sa tumeur.

Chargé depuis huit ans de la surveillance des travaux de poudrerie, L... se trouve souvent obligé de mettre la main à l'œuvre, et il présume qu'en maniant le pic ou la pioche, il a été plusieurs fois exposé à heurter sa cuisse avec le manche de l'un de ces outils. C'est ainsi qu'en 1851, quatre mois avant l'apparition d'aucune grosseur, il se donne un coup de manche de pic à la partie interne de la cuisse, dans le point même qui semble devenu le siége primitif du mal. Nul gonflement toutefois ne survient d'abord, mais une douleur vive se fait sentir, persiste pendant quelques jours, et reparaît deux ou trois mois après. Alors seulement se manifeste le noyau de la tumeur, sous la

(1) Cette observation a été recueillie plus complétement par M. Gaujot, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

forme d'une sorte de glande d'un petit volume au début, mais croissant peu à peu, et surtout par différents chocs successifs.

C'est ainsi qu'environ deux ans et demi après, la tumeur, étant devenue grosse comme le poing, se trouve rudement heurtée contre une barrière que voulait franchir L... Il éprouve aussitôt une douleur intense qui se prolonge pendant une quinzaine de jours, en même temps qu'une augmentation notable de la tumeur se produit en avant et en haut de la masse appréciable aujourd'hui.

Son point d'origine, d'après le dire précis du malade, peut être fixé à la face interne et antérieure de la cuisse, vers son tiers moyen, à peu près sur le trajet des vaisseaux fémoraux. La tumeur aurait été alors très-dure, non douloureuse et sans battements ; la peau, mobile à sa surface, semblait un peu adhérente vers les parties profondes, ou vers sa base, assez large du reste, et tendant à s'élargir de plus en plus.

Le développement dans tous les sens est surtout prononcé depuis un an, et le volume total, qui ne semblait pas jusque-là avoir dépassé de beaucoup celui des deux poings, a grossi considérablement à dater de cette époque par un choc violent contre un madrier. Des douleurs semblables aux précédentes coïncident avec cet accroissement de volume, mais sans production d'ecchymose. Mesurée il y a sept mois, à l'hôpital de Brest, par M. Duval, chirurgien en chef de la marine, la tumeur commençait à 10 centimètres au-dessous du pli de l'aine et finissait à 7 centimètres au-dessus du condyle interne du fémur. Elle avait 67 centimètres de circonférence.

Cette tumeur, aujourd'hui 16 juin, occupe toute la face interne et une partie des faces antérieure et postérieure de la cuisse. Elle commence à 11 centimètres au-dessous du pubis, et descend jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou. En avant, elle ne dépasse pas le bord interne du muscle droit antérieur ; en arrière ses limites sont beaucoup plus difficiles à préciser, parce qu'elle se continue insensiblement avec le tissu cellulaire ; mais, par la contraction des muscles de la région postérieure, elle ne paraît pas s'étendre en dehors au delà des demi-tendineux et demi-membraneux. Entre ces muscles et le biceps, on sent le tissu cellulaire un peu induré, par le fait sans doute des pressions qu'il éprouve, mais il ne semble pas faire partie de la masse morbide. Celle-ci repose donc directement sur les adducteurs, le droit interne et la partie inférieure du couturier. Jusqu'où s'avance-t-elle dans leurs interstices? C'est ce qu'il est difficile de dire. Toutefois, il est bon de remarquer qu'elle ne les gêne aucune-

ment dans leur contraction, et qu'alors elle se trouve même soulevée en avant.

La circonférence totale de la base de la tumeur mesure 80 centimètres; la peau est saine, sillonnée par des veines un peu dilatées; elle offre à sa surface quelques bosselures, les unes dures, les autres ramollies; l'une d'elles, en bas, donne même une fausse sensation de fluctuation. Le soulèvement de la masse permet d'en évaluer le poids à 7 ou 8 kilogrammes.

Mais point d'œdème, point de gonflement de la jambe qui fasse présumer la moindre compression des vaisseaux fémoraux, point d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine; jamais de douleurs lancinantes; quelquefois un peu d'engourdissement par la distension de la peau, point de rétraction tendineuse, point de déformation ni d'ankylose du genou; nulle gêne enfin dans la marche, qui pourrait se prolonger chaque jour pendant plusieurs heures sans fatigue, si ce n'était l'écartement forcé des cuisses, pour prévenir les frottements et les excoriations de la tumeur.

Reste à préciser le diagnostic de cette tumeur, qui paraît être de nature fibro-plastique, et à apprécier les chances de son extirpation comparativement aux dangers de l'amputation de la cuisse.

M. Houel a déjà vu deux tumeurs occupant le même siége; elles n'adhéraient point à l'os, et paraissaient s'être développées dans les interstices musculaires. Elles étaient composées de tissu fibro-plastique et d'épanchements sanguins interstitiels ou périphériques. L'extirpation fut pratiquée; un de ces malades succomba, l'autre guérit. Si donc le malade de M. Larrey peut échapper aux accidents consécutifs à l'extirpation, il pourra peut-être être sauvé. Pendant son internat à l'hôpital, M. Houel a encore vu une tumeur de ce genre; dans l'espace de huit mois elle s'accrut considérablement et prit successivement le volume d'une pomme, du poing, de la tête. On n'y toucha pas, et le malade, quelque temps après, succomba sans avoir été opéré.

M. Robert se rappelle avoir observé plusieurs cas de ce genre. Les tumeurs occupaient toute la partie moyenne et interne de la cuisse, elles ne paraissaient pas adhérer aux os. Quatre fois il fit l'extirpation, et quatre fois la mort s'ensuivit.

La première malade était couchée à la Pitié, dans le service de Sanson. Ce chirurgien, instruit déjà par des cas observés auparavant, proposait la désarticulation coxo-fémorale plutôt que l'extirpation, qu'il considérait comme nécessairement mortelle. M. Robert insista pour enlever la tumeur, et s'en chargea. La dissection fut très-laborieuse. La tumeur,

dans l'étendue de quatre à cinq travers de doigt, englobait les vaisseaux fémoraux, dont il fallut exciser un long fragment. Une suppuration considérable, l'érysipèle, l'infection purulente enlevèrent la malade.

Dans un deuxième cas, un homme portait dans le même lieu une tumeur plus petite, plus dure, très-mobile, qui paraissait intra-musculaire; l'artère était même englobée dans le tissu morbide. Séance tenante, M. Robert pratiqua l'amputation de la cuisse. Le malade se rétablit; mais les ganglions inguinaux se prirent, et la mort survint par la récidive du mal.

Un troisième malade en ville, un quatrième à l'hôpital Beaujon, succombèrent encore aux suites de l'extirpation.

En résumé, M. Robert aujourd'hui conseillerait plutôt l'amputation que l'ablation, qui donne naissance à une plaie beaucoup plus grave.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

MM. Trélat, Foucher, Bauchet adressent à M. le président une lettre dans laquelle ils déclarent se porter candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

— La Société procède au renouvellement du bureau :

Élection pour la présidence. — Nombre de votants, 30.

M. Chassaignac.	21 voix.
M. Bouvier.	8 —
M. Cullerier.	1 —

M. Chassaignac est nommé président.

Election pour la vice-présidence. — Nombre de votants, 30.

Premier tour :

M. Bouvier.	13 voix.
M. Deguise fils.	9 —
M. Morel-Lavallée.	4 —
M. Voillemier.	3 —
M. Cullerier.	1 —

Second tour, 28 votants :

M. Bouvier.	15 voix.
M. Deguise fils.	11 —
M. Morel-Lavallée.	2 —

M. Bouvier est nommé vice-président.

Élection pour la place de secrétaire. — Votants, 28.

M. Desormeaux ayant obtenu 21 voix, est nommé secrétaire.

Élection du vice-secrétaire. — Votants, 28.

M. A. Richard ayant obtenu 21 voix, est nommé vice-secrétaire.

Élection de l'archiviste-bibliothécaire. — Scrutin de ballottage entre MM. Broca et Verneuil.

M. Verneuil est nommé archiviste-bibliothécaire.

M. Houel est maintenu dans ses fonctions de trésorier.

Le *comité de publication*, nommé au scrutin de liste, se compose de MM. Gosselin, Cullerier et Broca.

La *commission des congés*, nommée au scrutin de liste, se compose de MM. Morel-Lavallée, Robert et Boinet.

— A propos du procès-verbal, M. Michon complète l'observation de la luxation du coude chez une jeune fille présentée dans la dernière séance. Le lendemain, la réduction a été opérée à l'aide du chloroforme et par le procédé qui avait été projeté. M. Lenoir a d'abord imprimé des mouvements étendus de flexion et d'extension pour détruire les adhérences; puis l'avant-bras étant fléchi, une pression directe pratiquée avec les mains sur l'olécrane a achevé la réduction, qui a été, sans aucun autre moyen et sans aide, aussi complète que possible.

L'enfant a eu un peu de fièvre le jour même; mais le lendemain, tout étant rentré dans l'ordre, le membre a été maintenu dans la flexion au moyen d'une gouttière. Tout fait présagèr un succès très-complet. On aura, du reste, des renseignements ultérieurs.

Le secrétaire de la Société, Aristide Verneuil.

Note sur un nouveau bandage herniaire.

Par M. Bourjeaurd, ex-chirurgien de marine.

(Rapport par M. Alph. Guérin.)

Cette note, qui n'a pas pu être lue dans la séance où elle a été présentée, a été renvoyée à une commission composée de MM. Larrey, Deguise fils et moi.

Depuis longtemps déjà plusieurs membres de la Société me pressent d'exprimer l'opinion de la commission sur un bandage herniaire qui ne ressemble en rien aux bandages ordinaires, et dont ils ont pu constater l'efficacité. Si je n'ai pas déposé plus tôt ce rapport, c'est que

j'avais une dette plus ancienne, et que j'ai voulu procéder par ordre d'ancienneté.

L'auteur de la note commence par exprimer son opinion sur les bandages en acier, qu'il est loin de regarder comme le dernier terme de la perfection. Vous en jugerez par le passage suivant :

Les bandages, dit-il, consistent en un ressort d'acier plus ou moins rigide, disposé en demi-cercle, dont l'une des extrémités se fixe en arrière sur le rachis, tandis que l'autre, garnie d'une pelote, pressant violemment de dehors en dedans sur les intestins, qu'elle déplace, va presque rencontrer la première contre l'épine. En supposant que la pelote de devant s'applique exactement sur l'anneau et ne se déplace jamais (résultat qui ne s'obtient que rarement), la pression de la peau et du tissu cellulaire par un corps généralement trop dur détermine souvent de la rougeur, des ecchymoses, des excoriations, un état d'irritation et même d'inflammation locale dans toute l'étendue de la peau qui est en contact avec la pelote. Allant plus loin, l'auteur pense que cette pression peut s'exercer sur les intestins et causer les troubles les plus graves des fonctions digestives ; puis il ajoute : De grosses veines se trouvant souvent comprimées par la pelote au niveau du pubis, la circulation veineuse est gênée, et le membre abdominal correspondant enfle et s'engorge.

Les glandes de l'aine sont atteintes dans ces cas, pressées qu'elles sont par le bandage, dont le ressort d'acier a la force brutale et irrésistible d'un étau. Le varicocèle, les varices des membres inférieurs sont aussi des accidents assez fréquents de l'usage des bandages dont on se sert généralement.

Frappé de ces défauts des bandages ordinaires, dont le tableau est, je crois, un peu trop noir, M. Bourjeaurd a imaginé de contenir les hernies au moyen d'un appareil composé d'une ceinture faite avec des bandelettes élastiques d'un demi-pouce de largeur, cousues ensemble, formant par leur réunion un tissu parfaitement uni, fin et solide, et disposées de manière à exercer une compression exacte sur tout l'abdomen, depuis le pubis jusqu'à la pointe du sternum. La force des bandelettes varie selon les cas et les sujets. On peut l'augmenter ou la diminuer à tous les degrés. L'abdomen est ainsi comme encaissé entre les parois d'une large et solide ceinture, qui soutient parfaitement bien les viscères, et joue le rôle d'une sorte de fascia supplémentaire.

A la partie inférieure de la ceinture, et sous elle, précisément aux points correspondant aux anneaux inguinaux, sont attachées deux pe-

lotes creuses, élastiques, recouvertes en peau de chamois. Ces pelotes, remplies d'air, exercent sur les anneaux une douce compression, qui peut être à volonté augmentée ou diminuée en changeant, au moyen d'un petit tube garni d'une vis, la quantité d'air qu'elles contiennent.

Pour obvier au relâchement qu'éprouve tout bandage lorsque le malade s'assied, M. Bourjeaurd ajoute aux pelotes un tube élastique aboutissant à un réservoir d'air qui va s'attacher au bord postérieur et inférieur de la ceinture. De cette communication résulte une pression plus grande sur l'ouverture herniaire, lorsque le malade en s'asseyant laisse reposer le poids de son corps sur la pelote inférieure.

M. Bourjeaurd aurait pu joindre à sa note de nombreuses observations. Quelques-unes, qui ont été recueillies à Londres dans les services de MM. Lawrence, Bransby Cooper, Curling et Stanley, et consignées dans la *Lancette* de 1853, prouvent que l'auteur ne s'est pas abstenu faute de matériaux. Je le remercie de s'en être rapporté aux scrupules de la commission, qui ne pouvait se dispenser de juger par elle-même. Pour ma part, l'essai que j'ai fait des ceintures herniaires en caoutchouc a plus apporté de conviction dans mon esprit que ne l'eussent pu faire cent observations qu'il m'eût été impossible de contrôler.

Presque tous les membres de la Société connaissent les bas en caoutchouc de M. Bourjeaurd, dont M. Gariel a été longtemps le représentant à Paris. Le tissu des ceintures herniaires est le même; leur force et le degré de la compression qu'elles doivent exercer est calculé d'après le volume de la hernie, la largeur de l'orifice herniaire, et aussi d'après les efforts auxquels le malade doit se livrer.

Pour que la pelote appuie suffisamment sur le point qu'elle doit comprimer, une bande de toile très-forte ajoute à la résistance de la ceinture dans une étendue qui correspond à la largeur de la paroi abdominale antérieure. Cette bande, espèce de demi-sangle, permet au malade de relâcher sa ceinture après un repas copieux, et de la resserrer quand il doit se livrer à un exercice pénible.

On peut encore augmenter ou diminuer la pression de la pelote par l'addition ou la soustraction d'une certaine quantité d'air.

Après avoir rappelé en quoi consiste l'appareil de M. Bourjeaurd, il nous reste à exprimer l'opinion de votre commission.

Nous ne partageons pas, messieurs, la répulsion de l'auteur pour les bandages ordinaires. Ces bandages, lorsqu'ils sont bien appliqués, quand la force de leur ressort et les dimensions de la pelote sont proportionnées au volume de la hernie et à la largeur des anneaux herniaires, ces bandages peuvent contenir les hernies dans la grande majorité des

cas. Nous reconnaissons leur efficacité, mais nous ne nions pas que la pression qu'ils exercent puisse devenir douloureuse. Il n'est probablement aucun de nous qui n'ait vu au Bureau central, où pourtant les malades ne sont pas doués d'une excessive sensibilité, quelques-uns des nombreux hernieux qui s'y présentent deux fois par semaine renoncer aux bandages plutôt que de souffrir la pression qui leur était imposée par les bandagistes. Cette pression ne s'exerce pas seulement sur la peau ; le tissu cellulaire sous-cutané finit par se résorber, et sa résorption rend la contention de plus en plus pénible pour le malade. Ajoutez que chez les hommes la mode des vêtements serrés dissimule mal le bandage ordinaire, indice d'une infirmité que l'on aimerait à garder secrète, et vous comprendrez bientôt que la ceinture de M. Bourjeaurd est préférable aux bandages que nous avons tous employés jusqu'ici.

Examinant la question à un point de vue plus élevé et plus vrai que celui des bandagistes, l'auteur de la note pose en principe qu'il ne faut pas seulement comprimer les anneaux herniaires, mais aussi soutenir la masse intestinale, qui tend à se porter vers ces ouvertures. Les aponévroses abdominales étant insuffisantes, chez les hernieux, pour contenir les intestins dans la cavité normale de l'abdomen, M. Bourjeaurd supplée à leur insuffisance au moyen de sa ceinture élastique, qui s'applique exactement sur la peau, et fait en quelque sorte corps avec elle.

Cette ceinture, suivant lui, ne remplira son but qu'à la condition qu'elle exercera une compression de bas en haut, c'est-à-dire du pubis vers l'ombilic. C'est là, je crois, une condition indispensable de tout appareil compresseur, soit qu'on le destine à comprimer les veines d'un membre variqueux, soit qu'il ait pour objet de soutenir la masse intestinale dans les cas de hernie ou de déplacement de l'utérus. Toute compression qui ne repose pas sur ce principe est essentiellement vicieuse, et c'est pour cela que tous les bas, comme toutes les ceintures qu'il faut lacer, ne manquent presque jamais d'augmenter le mal qu'ils sont destinés à soulager.

Adversaire irréconciliable des appareils à lacets, j'avais accueilli avec bonheur les premiers appareils de M. Bourjeaurd, qui remédient si efficacement aux inconvénients des varices. Ce premier essai m'avait appris à compter sur la parole de l'inventeur. Aussi, bien avant que la Société m'eût fait l'honneur de me désigner comme rapporteur, j'avais voulu essayer sa ceinture herniaire.

J'eus peur d'abord que les pelotes à air n'eussent pas une résis-

tance suffisante ; mais je ne tardai pas à être rassuré, quand je vis l'appareil appliqué. Ces pelotes, en effet, ne sont molles que par leur partie libre ; la surface par laquelle elles sont adaptées à la ceinture est dure et très-résistante ; elles sont en outre fixées par deux sous-cuisses qui, par leur élasticité même, s'opposent à leur déplacement ; et lorsque la pression qu'elles exercent paraît insuffisante, il est toujours facile de l'augmenter au moyen de la courroie en fil dont il a été parlé plus haut.

Je pourrais aujourd'hui citer un assez grand nombre de faits dans lesquels les bandages ordinaires avaient été insuffisants, soit parce que le développement de l'abdomen ne permettait pas qu'ils restassent en place, soit parce que la compression n'avait pas pu être supportée par les malades, et dans lesquels les hernies ont été admirablement contenues par la ceinture de M. Bourjeaurd.

Plusieurs membres de la Société ont pu porter le même jugement que moi. Quelques-uns m'ont même proposé de me communiquer des observations semblables à celles que j'ai été à même de recueillir ; mais j'ai reculé devant la longueur d'un semblable travail, que ne comporte pas la nature d'un rapport, qui ne doit être que l'expression justifiée du jugement de la commission.

Permettez-moi pourtant de vous dire quelques mots d'un fait qui m'a semblé de nature à trouver place ici.

Lorsque je fus chargé de faire ce rapport, je ne pensais pas que j'aurais bientôt l'occasion d'expérimenter la ceinture de M. Bourjeaurd pour un cas dans lequel elle n'avait pas encore été employée. Plusieurs fois déjà j'avais pratiqué l'opération de Gerdy pour la cure radicale de la hernie inguinale. Comme notre trop regrettable confrère, j'avais fait appliquer, après la guérison, un bandage herniaire ordinaire pour soutenir l'anneau contre la pression de la masse intestinale ; mais j'avais reconnu que l'absorption qui s'opère dans les points comprimés par le bandage n'était propre qu'à diminuer les chances probables d'une récidive ; la ceinture de M. Bourjeaurd, exerçant une compression douce sur l'orifice herniaire, me parut remplir admirablement les indications de la contention, regardée par Gerdy comme nécessaire pendant l'année qui suit l'opération.

J'ai fait, il y a quelques mois, l'essai de ce moyen chez un jeune homme dont l'observation sera publiée par un interne de l'hôpital de la Charité, et je suis convaincu que cette ceinture, qui n'a jamais causé la moindre gêne à mon malade, contribuera puissamment à prévenir la reproduction de la hernie en permettant au travail par lequel

s'opère l'oblitération de l'anneau herniaire de se faire sans que la lymphe plastique déposée soit soumise à une compression excessive.

Pour me résumer, je dirai que dans aucun cas cette ceinture ne nous a fait défaut; que toujours les malades nous ont vanté le bien-être qu'ils ressentaient de son application. Si j'ajoute que rien ne trahit l'existence de cet appareil à travers les vêtements les moins larges, j'aurai justifié les conclusions de votre commission, qui, trouvant que la ceinture herniaire dont je viens de vous entretenir est un véritable progrès sur tous les bandages connus jusqu'ici, vous propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De renvoyer sa note au comité de publication.

M. Larrey a vu fonctionner les appareils de M. Bourjeaurd, et a été très-satisfait du mécanisme.

MM. Huguier, Robert, Gosselin ont mis en usage ces bandages, et les considèrent comme supérieurs aux bandages ordinaires.

Observations de tumeurs fibro-plastiques.

Par M. Chassaignac.

(Ces observations ont été lues dans la séance du 28 mai.)

Louvel (Pierre), trente ans, tempérament sanguin, conducteur d'omnibus, entré le 13 septembre 1849 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 7, présente à la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine, un peu au-dessous de la clavicule et tout près de la ligne deltoïdo-pectorale, une tumeur assez régulièrement ronde et du volume d'une grosse orange. Cette tumeur est rénitente, élastique. Quand on la presse entre les doigts, on y sent une crépitation semblable à celle que peut donner l'écrasement de caillots sanguins ou d'un encéphaloïde en voie de ramollissement. La tumeur n'est le siége d'aucun élancement. La peau qui la recouvre offre une vascularisation capillaire très-riche. La pression produit une ecchymose sous-cutanée. La peau est tout à fait adhérente à la partie la plus élevée de la tumeur; absence de toute pulsation. On pratique sur la partie interne de la tumeur une incision verticale à concavité externe en dehors, qui est alors disséquée par sa face profonde. Un grand nombre de vaisseaux artériels saignent avec assez d'abondance, surtout au voisinage de l'interstice deltoïdo-pectoral.

En présence de cet écoulement et de la vascularité de cette tumeur, M. Chassaignac songea à la possibilité de quelque diverticule anévrismal soit de l'artère acromiale, soit de l'artère axillaire elle-même. L'absence des signes caractéristiques n'était nullement la preuve qu'elle ne fût pas de nature anévrismale. Quelquefois, en effet, des ruptures secondaires ou des diverticules d'une poche anévrismale profonde peuvent apparaître sous la peau dénués de tous les signes propres aux anévrismes. Parfois même, à l'occasion de tumeurs du cou, on a vu des chirurgiens aussi habiles qu'expérimentés ouvrir de ces tumeurs équivoques, et ne reconnaître que par suite des hémorrhagies successives ou à l'autopsie quelle était en définitive la véritable nature du mal.

En présence de ces difficultés, et pensant que, si la tumeur avait un aboutissant artériel profond, il devait partir de l'interstice deltoïdo-pectoral, M. Chassaignac fit à la partie supérieure de la tumeur une incision curviligne, parvint à isoler le pédicule, à le saisir entre les doigts, et, reconnaissant qu'aucune pulsation artérielle ne s'y faisait sentir, il en fit la section. Les lèvres de l'incision furent rapprochées au moyen des épingles; pansement par occlusion levé au huitième jour; point d'accidents. De huit en huit jours, la cuirasse est renouvelée.

Pendant ce traitement, on note un remarquable exemple d'orchite métastatique. En effet, plusieurs semaines après apparaît un matin une énorme tuméfaction de toute la région parotidienne et de toute la joue droite; ce gonflement n'était ni dur ni douloureux à la pression. Quelques jours après, la bourse du même côté se tuméfia à mesure que l'œdème parotidien diminuait. Le gonflement n'était pas dû à un épanchement dans la tunique vaginale, il s'agissait d'une tuméfaction portant sur l'ensemble des tissus de la bourse droite.

Depuis lors, la convalescence n'a été entravée par aucun accident, et la cicatrisation, activée par des attouchements au nitrate d'argent, était presque complète le 12 novembre.

Le 22 novembre, le malade sort parfaitement guéri.

Le 8 décembre, il revient à la consultation; le résultat ne s'est pas démenti.

Le jour même de l'opération, la tumeur fut envoyée à M. Lebert, qui nous a déclaré qu'elle était entièrement composée de tissu fibro-plastique. Comme la description de cette tumeur sera donnée plus loin d'après le texte même des notes émanées des autorités les plus

compétentes en recherches micrographiques, MM. Lebert et Broca, nous renvoyons à cette partie de notre observation.

Un an s'était écoulé, lorsque le 12 décembre 1850 Louvel rentra au nº 39 de la salle Saint-François, à l'hôpital Saint-Antoine.

Depuis l'opération, le malade, parfaitement guéri, avait repris ses travaux, et ne souffrait nullement, lorsqu'il y a six semaines il s'aperçut qu'il se formait une petite tumeur tout à fait au-dessous de la clavicule, un peu au-dessus du lieu occupé par la tumeur précédente. Elle n'est point douloureuse, ne devient sensible que sous une pression forte et répétée, mais détermine quelques élancements dans la partie supérieure du bras. Elle est parfaitement arrondie, molle, non fluctuante. Sa consistance est plus ferme que celle d'un lipome. Elle a le volume d'un petit œuf de poule, mobile sur les parties à la surface desquelles elle se trouve.

Les parents du malade jouissent d'une parfaite santé, et lui-même a toutes les apparences d'une excellente constitution. — On le met dès le jour de son entrée à l'usage préventif de l'alcoolature d'aconit.

Depuis quelques jours la tumeur prend un accroissement rapide. On l'opère sans délai, le 14 décembre 1850. Une incision à concavité supérieure forme un lambeau qui est détaché et relevé; la tumeur est mise à nu. Elle présente à sa surface extérieure du tissu cellulaire condensé. Cette couche externe une fois incisée, on arrive sur une masse d'aspect cancéreux, que l'on enlève sans peine. Cette masse n'est pas enkystée en arrière, puisqu'on voit parfaitement à nu, et comme préparées par la plus habile dissection, les fibres du grand pectoral et du deltoïde. — On cautérise tout le fond de la plaie avec le caustique de Vienne solidifié, et pour faire suppurer cette plaie, on la panse à plat.

Le 16, la plaie présente un bon aspect; elle commence à entrer en suppuration. — Pansement par occlusion.

Le lambeau qui avait été disséqué a repris plus tard des adhérences solides. Le malade quitte l'hôpital le 3 février 1851, avec toutes les apparences d'une guérison parfaite.

La nouvelle tumeur, examinée encore par M. Lebert, est fibro-plastique.

Déjà opéré en septembre 1849, puis pour la seconde fois en décembre 1850, le malade rentre à l'hôpital Saint-Antoine le 9 juillet 1851, pour une tumeur encore moins volumineuse que ne l'étaient les deux autres, ayant à peu près les dimensions et la forme d'une noix, et sié-

geant au-dessus des cicatrices laissées par les deux premières opérations.

Le 17 juillet 1851, on pratique l'ablation en suivant les mêmes procédés que dans l'opération précédente. On taille un lambeau à convexité inférieure ; puis on procède à l'énucléation, qui est rendue laborieuse par suite des fortes adhérences de la tumeur aux tissus ambiants, surtout à sa partie profonde soudée intimement aux muscles. Une artère assez volumineuse a dû être liée. La surface de la plaie ne présente rien de suspect.

Le 21 juillet, renouvellement du pansement. La réunion est en bonne voie ; il n'y a sous la cuirasse qu'une très-petite quantité de magma lymphatique purulent.

Le 2 août, le malade quitte l'hôpital, ayant une bonne cicatrice.

Cet homme a été présenté à la Société de chirurgie avant et après l'opération de la deuxième récidive.

A l'œil nu, le contenu de la tumeur a l'apparence d'une espèce de gelée, comme colloïde. M. Lebert examine cette tumeur avec le même soin que les deux précédentes, et n'y reconnaît encore cette fois rien autre chose qu'un tissu fibro-plastique.

La difficulté qu'on éprouve à se procurer des observations dans lesquelles la marche et les diverses formes des récidives ont été suivies pas à pas nous fait attacher quelque importance à ce fait, qui présente certainement des imperfections, mais qui offre un ensemble de circonstances qui, par cela seul qu'elles se trouvent rarement réunies, lui donnent du prix. Le même malade est suivi pendant plusieurs années, l'opération est faite six fois par le même chirurgien avec le redoublement d'attention que comportent de nombreuses récidives ; chacune des tumeurs est l'objet d'une analyse microscopique attentive, faite, les cinq premières par un habile et consciencieux micrographe, la dernière par notre savant collègue M. Broca.

Alors même que la circonstance de récidives opiniâtres eût rapproché la tumeur que nous avons décrite des affections cancéreuses proprement dites, nous eussions eu à noter une particularité qui tend à établir un ligne profonde de démarcation entre la forme fibro-plastique et la forme cancéreuse proprement dite. Cette différence, nous la trouvons dans l'influence exercée sur la constitution du malade. Il est bien rare qu'une tumeur cancéreuse d'un certain volume arrive à sa sixième opération sans que des indices plus ou moins graves aient déjà fait pressentir que la constitution s'altère peu à peu. Eh bien, chez notre malade, et chacun a pu en juger lors de sa présentation à la Société de

chirurgie, la constitution non-seulement n'avait subi aucune altération appréciable, mais s'il y a eu une différence à signaler, ce serait plutôt en faveur de l'amélioration; contentons-nous d'un état au moins parfaitement stable.

On a pu remarquer aux diverses apparitions successives de la tumeur qu'une vascularisation très-riche annonçait sa présence. Ainsi, au début du mal un réseau vasculaire très-condensé parcourait l'enveloppe cutanée du kyste fibro-plastique, et l'abondance du fluide sanguin, ainsi que sa facilité soit à rompre ses conduits, soit à s'épancher par tout autre mécanisme, étaient telles qu'il suffisait d'une pression même très-modérée pour donner immédiatement lieu à une ecchymose; c'était même au point que j'avais un instant supposé avoir affaire à un kyste sanguin.

La quatrième opération a été faite en janvier 1852.

La cinquième, le 19 juillet 1852.

Voici la note remise à cette époque par M. Lebert :

« La pièce offrait les caractères suivants : la tumeur a le volume d'un petit marron ; la peau de la surface est intacte, et sur son milieu on voit des veines dilatées sous-cutanées qui lui donnent à ce niveau une couleur bleuâtre. La tumeur, d'une mollesse élastique, adhère à l'ancienne cicatrice, et se meut avec la peau ; elle est tout à fait mobile par rapport aux parties sous-jacentes. Un mince kyste fibro-plastique l'entoure de toutes parts; il est plus adhérent à la portion cicatricielle, mais tellement peu dans tout le reste de la circonférence que l'on peut le détacher avec le manche du scalpel. On trouve quelques résidus hémorrhagiques d'un rouge violacé ou noirâtre près des veines dilatées du sommet de la tumeur. En pratiquant une coupe fraîche dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, on reconnaît deux substances qui passent insensiblement l'une à l'autre. La première, la plus extérieure, est lobulée, d'un jaune rougeâtre, demi-transparente, passablement vasculaire et ressemblant presque à du tissu adipeux au premier examen. La substance plus interne est d'un blanc jaunâtre peu vasculaire, plus ferme, offrant plutôt l'aspect trabéculaire de faisceaux qui s'entre-croisent dans tous les sens, et généralement sous des angles aigus.

» Dans l'une et l'autre substance, on ne trouve absolument que des éléments fibro-plastiques, séparés dans la substance gélatiniforme par un tissu amorphe et transparent, tassés d'une manière dense, rangés par colonnes qui s'entre-croisent dans la substance intérieure plus compacte. Des cellules rondes à un seul noyau et des cellules

ovoïdes existent en petite quantité ; il y a beaucoup de corps fusiformes et comme élément prédominant des noyaux elliptiques allongés de 1/200e à 1/140e de millimètre de largeur sur 1/80e à 1/60e de longueur, renfermant un ou deux nucléoles.

» Cette structure est en tout point conforme à celle que nous avions précédemment signalée. »

Depuis la cinquième opération, en juillet 1852, le malade passe une année sans nouvelle tumeur. Les récidives antérieures à l'opération autoplastique s'étaient manifestées au bout de six mois.

Le malade rentre à l'hôpital Saint-Antoine le 14 septembre 1853 ; il est opéré quelques jours après, le 17 septembre 1853. La tumeur récidivée présente le volume d'une petite noix. Elle est rouge, luisante, se meut avec la peau qui la recouvre, n'a pas d'adhérence avec les points sous-jacents. Elle se trouve à la limite de la cicatrice résultant de l'opération précédente. L'opération autoplastique est faite au moyen d'un lambeau pris sur le moignon de l'épaule.

Voici la note qui m'a été remise par M. Broca :

« La petite tumeur est exclusivement constituée par des éléments » fibro-plastiques, quelques noyaux phosphatiques et une énorme » quantité de corps fusiformes fibro-plastiques.

» Cette tumeur est remarquable par la régularité de sa forme globu- » leuse. Les vaisseaux sont surtout nombreux à la circonférence, où » ils forment une couche d'un rouge vif, d'un millimètre d'épaisseur. » La pulpe même de la tumeur est d'une consistance assez molle, elle » est friable ; sa couleur est d'un gris jaunâtre. Par la pression, pas » de suc ; par le grattage, ablation de petits fragments. La matière » phosphatique trouvée dans cette tumeur est constatée par l'examen » microscopique. »

Le 11 mars 1855, Louvel rentre à l'hôpital Lariboisière. Cette fois, le malade présente une altération évidente de la constitution ; de plus, il porte à la partie postérieure de l'épaule droite une tumeur du volume du poing, et à l'abdomen une tumeur volumineuse et dure que l'on peut saisir à travers l'épaisseur des parois abdominales. La tumeur est mobile ; elle occupe la partie inférieure et médiane du ventre, et semble reposer sur la vessie. C'est du moins là ce qui semble résulter de l'impossibilité où se trouve le malade de garder l'urine pendant plus d'une demi-heure. Les selles sont difficiles.

Le malade ne fait pas remonter à plus de trois mois l'apparition de cette tumeur ; il éprouve de plus une douleur vive et continue à la hauteur des derniers espaces intercostaux du côté gauche.

Le 20 mai, le malade exprime formellement la volonté de quitter l'hôpital, puisqu'il n'y a pas, dit-il, d'opération à lui faire.

Les dix-huit mois qui se sont écoulés sans réapparition sur place de la tumeur semblent donc prouver que la repullulation locale avait été vaincue à force de persévérance ; mais l'apparition de tumeurs nouvelles à l'épaule et à l'abdomen permet de croire à la généralisation du produit morbide : seulement l'absence d'autopsie laisse place à la contestation.

— L'observation suivante est un exemple de récidive locale ; elle se rapporte également à un malade présenté à la Société de chirurgie.

Savard (Alexis), âgé de trente ans, ébéniste, demeurant rue du Pré, nº 14, à Montreuil, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 4 novembre 1850. Le malade porte un peu au-devant de l'angle droit du maxillaire inférieur une tumeur dont il fait remonter l'origine à dix-huit mois, et croit qu'elle est due à l'ablation de l'avant-dernière molaire. Depuis trois mois la tumeur augmente assez rapidement ; elle est dure, arrondie, adhérente à l'os, douloureuse au toucher. le malade y ressent des élancements. Point d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Aucun traitement n'a été fait jusqu'ici. Le malade affirme n'avoir jamais été atteint de maladies vénériennes. Un examen attentif de tout le corps n'en fait découvrir aucune trace.

Le malade est présenté à la Société de chirurgie. Quelques-uns des membres opinent pour une tumeur cancéreuse, d'autres ne se prononcent pas sur sa nature ; mais tout le monde convient que l'on doit procéder à une opération.

Le 5 novembre, ponction exploratrice dans le sillon géno-maxillaire. Issue d'un peu de sang. Alcoolature d'aconit.

Opération le 7 novembre. — Une incision est pratiquée sur la ligne médiane de la lèvre inférieure, et prolongée jusque dans la région sus-hyoïdienne. Le lambeau est relevé et disséqué jusqu'à la tumeur, qui est découverte et isolée. Ligature des artères faciale et sous-mentale. La tumeur, isolée, est très-adhérente et comme confondue par sa base avec la substance de l'os. On dissèque et on sépare cette base au moyen du bistouri; ce qui s'effectue facilement. L'os n'est pas malade. Le fond de la tumeur est formé par une matière gélatiniforme, qui à l'extérieur était coiffée par les enveloppes et la partie solide de la masse morbide, et qui du côté de l'os est contenue dans une excavation en forme de géode à parois parfaitement saines, bien limitées, laissant apparaître les racines des dents molaires, mises à nu par la destruction

de la table externe de l'os maxillaire. Cette excavation paraît produite exclusivement par usure. Ses bords sont coupés à pic, et son fond laisse voir l'artère et le nerf dentaire mis à nu.

Malgré l'intégrité apparente du tissu osseux, trois cautères chauffés à blanc sont successivement éteints dans l'excavation qui servait de réceptacle à la matière gélatiniforme, plutôt pour prévenir l'hémorrhagie venant de la dentaire inférieure que pour détruire un tissu osseux paraissant parfaitement sain.

Réunion des lambeaux par la suture. La partie la plus déclive est simplement soutenue par des bandelettes de sparadrap.

La tumeur, soumise à l'examen de M. Lebert, n'a présenté absolument que les caractères du tissu fibro-plastique.

Le 8, on renouvelle le pansement. Pas d'accidents, pas de fièvre.

Le 10, la réunion de la plaie des téguments est solide et complète, surtout à la partie supérieure qui répond au bord de la lèvre. — On retire les aiguilles. Pansement avec la cuirasse.

Le 18, l'opéré est parfaitement bien, et le 23 il quitte l'hôpital, après avoir été présenté à la Société de chirurgie.

Il revient plusieurs fois à la consultation, et bientôt on reconnaît que le tissu des gencives, dans la région précédemment occupée par la tumeur, est le siége d'un nouveau travail morbide. On trouve un tissu rougeâtre, mou, dont à deux reprises on enlève des fragments. M. Lebert y reconnaît toujours le même caractère fibro-plastique.

Le 3 décembre, Savard rentre à l'hôpital.

Le 4, en explorant la tumeur de nouvelle formation, on retire une petite esquille en forme de croissant. Voyant que, malgré l'intégrité bien reconnue de l'os maxillaire au moment de la première opération, nous avions une récidive, je me proposai cette fois d'enlever la portion d'os maxillaire qui servait de support à la tumeur. D'ailleurs quelques-unes des molaires, qui étaient immobiles lors de la première opération, avaient acquis de la mobilité. Il fallait donc nécessairement sacrifier une portion osseuse comprise entre deux implantations dentaires solides.

Le 5 décembre 1849, résection d'une portion assez notable de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. La dent incisive latérale est arrachée, ainsi que la deuxième grosse molaire. Ces deux dents formant limite par la solidité de leur implantation, on passe un fil portant à son extrémité une scie à chaîne, dont deux traits détachent la pièce osseuse.

Les deux coupes faites à l'os maxillaire sont épongées avec soin et

examinées à plusieurs reprises. Elles offrent un tissu osseux parfaitement sain. Néanmoins, on applique un cautère chauffé à blanc. Les artères qui donnent sont peu volumineuses et peu nombreuses; elles sont liées. Les lambeaux sont rapprochés par deux points de suture et quelques bandelettes.

Le 6, pas d'accidents; les bords de la plaie sont en partie réunis.

Le 16, le malade va parfaitement bien; à l'extérieur, la plaie est cicatrisée; il exécute encore très-imparfaitement le mouvement d'abaissement de la mâchoire; cependant il mange assez facilement des aliments solides.

Le 23, il ouvre la bouche largement et facilement. On sent une bride qui se forme entre les deux portions du maxillaire et qui les réunit.

Le 7 janvier, on ouvre un petit abcès qui s'est formé à la partie supérieure et latérale de la face.

Le 20 janvier, *exeat.*

Ce malade n'est plus revenu à l'hôpital; mais des informations prises par la religieuse de la salle, il est résulté que la maladie a eu une deuxième récidive, pour laquelle M. Rapatel (de Montreuil) a donné des soins sans qu'aucune opération d'ablation complète ait été tentée.

Séance du 25 juin 1856.

Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. Guersant, à propos du procès-verbal, communique une observation nouvelle de réduction de luxation du coude par le procédé de M. Lenoir.

Lorsque M. Michon présenta dans l'avant-dernière séance la jeune enfant affectée de luxation ancienne du coude, M. Guersant avait dans son service un enfant atteint de la même lésion, datant de soixante-dix jours; déjà il avait fait une tentative de réduction avec l'aide du chloroforme par le procédé ordinaire, c'est-à-dire en employant l'extension, la contre-extension et la coaptation, mais sans succès.

Lorsqu'il apprit que M. Lenoir avait réussi chez la petite fille, il renouvela sa tentative; il employa de nouveau les tractions directes; après avoir essayé de rompre les adhérences par des mouvements assez

limités, il est vrai, n'ayant pas été plus heureux, il s'empressa de réclamer l'assistance de M. Lenoir. Ce dernier, après avoir obtenu l'anesthésie, sans se servir d'aides, sans employer ni extension ni contre-extension, commença par faire exécuter à l'articulation un mouvement de flexion exagérée et d'extension qui rendit les os très-mobiles dans tous les sens; après quoi une pression directe et énergique sur l'olécrane ramena les os dans leur position normale. Le bras fut maintenu dans la demi-flexion par un bandage approprié. Le soir, six sangsues furent appliquées pour combattre l'espèce d'arthrite traumatique qui avait naturellement pris naissance; des cataplasmes, le repos achevèrent de dissiper cette légère complication, et aujourd'hui il n'y a plus de douleurs ni de gonflement.

M. Guersant se propose de laisser le bras dans l'immobilité pendant quelques jours encore, après quoi il commencera à imprimer des mouvements.

Cette observation compte comme un succès de plus de la méthode de M. Lenoir. Déjà M. Guersant avait réduit des luxations semblables datant de quatre à cinq semaines. Mais cette dernière remontait à soixante-dix-huit jours; or, dans un cas analogue, il a vu, avec M. Malgaigne, la réduction échouer malgré l'emploi des mouffles.

— M. Larrey montre l'avant-bras d'un malade dont il a déjà entretenu la Société, et qui portait autour du poignet une énorme tumeur sur la nature de laquelle les avis avaient été très-partagés. Une dissection attentive de la pièce sera faite et communiquée.

— Conformément au règlement, la Société nomme une commission au scrutin de liste pour faire un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire vacante.

Cette commission se compose de MM. Danyau, Michon, Monod.

LECTURES.

M. Bauchet termine la lecture de son *Mémoire sur les hypertrophies glandulaires de la parotide.*

Une commission, composée de MM. Denonvilliers, Guersant, Morel-Lavallée, rendra compte de ce travail.

— M. Foucher, prosecteur de la Faculté, lit un travail sur la *disjonction traumatique des épiphyses.* (Commission : MM. Huguier, Chassaignac, Verneuil.)

— M. U. Trélat, prosecteur de la Faculté, lit une note sur les frac-

tures du crâne avec altération antécédente de l'encéphale. (Commission : MM. Giraldès, Desormeaux, Deguise fils.)

— La Société se forme en comité secret à cinq heures moins un quart pour entendre le rapport sur les travaux envoyés pour le prix Duval. Ce rapport a été fait par M. Follin au nom d'une commission composée de MM. Cazeaux, Verneuil et Follin.

— La Société décide que la cotisation destinée au banquet annuel sera convertie en une offrande offerte aux victimes de l'inondation. Les membres honoraires et titulaires y ayant concouru, la somme se monte à 720 francs, qui seront versés par M. le trésorier dans les mains de l'autorité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Arist. VERNEUIL.



FIN DU TOME SIXIÈME.